

飼い主のいない猫（野良猫）の不妊去勢手術助成金交付対象猫



八王子市長 殿

(申請者の印はすべて同一のものとし、スタンプ式でないものを使用のこと)

申請日 年 月 日

申請者

| | |
|-------------|----------------|
| 住 所 | 〒 〇〇〇〇 八王子市 |
| ふりがな 氏 名 | |
| 電話番号 | |



(団体の場合は、事務所又は代表者の住所、団体名、代表者氏名及び電話番号)

● 対象猫（ 匹目）

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|
| 性別 | めす おす | 毛色 | | 尾長 | 長・中・短 | 推定 年齢 | | 手術済み 識別措置 | 有 () 無 | 生息地 | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|

獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____

獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____

電話番号 _____

● 対象猫（ 匹目）

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|
| 性別 | めす おす | 毛色 | | 尾長 | 長・中・短 | 推定 年齢 | | 手術済み 識別措置 | 有 () 無 | 生息地 | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|

獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____

獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____

電話番号 _____

● 対象猫（ 匹目）

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|
| 性別 | めす おす | 毛色 | | 尾長 | 長・中・短 | 推定 年齢 | | 手術済み 識別措置 | 有 () 無 | 生息地 | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|

獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____

獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____

電話番号 _____

● 対象猫（ 匹目）

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|
| 性別 | めす おす | 毛色 | | 尾長 | 長・中・短 | 推定 年齢 | | 手術済み 識別措置 | 有 () 無 | 生息地 | |
|----|----------|----|--|----|-------|----------|--|--------------|------------|-----|--|

獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____

獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____

電話番号 _____