

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



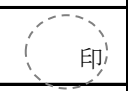
八王子市長 殿

(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	〒 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 (町名)	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-------------	--

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 (町名)	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-------------	--

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 (町名)	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-------------	--

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 (町名)	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-------------	--

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 _____