

避妊手術又は去勢手術支援申請書

年 月 日

神奈川県動物愛護センター所長 様

(申請者)

住所

氏名 (団体にあっては、名称及び代表者の氏名)

電話番号 (自宅)

(携帯)

飼い主のいない猫の避妊手術又は去勢手術支援事業要綱第5条に基づき、次の猫の手術の支援を申請します。

<p>管理番号 (第1号様式別紙2に記載のある支援を受けたい猫の管理番号を記載してください)</p>

搬入場所が各保健福祉事務所又は保健福祉事務所各センターの場合は、1日に搬入できる猫は原則5頭までです。

(添付書類)

- 1 活動計画書 (第1号様式別紙1)
- 2 管理している又は管理しようとする猫の一覧 (第1号様式別紙2)
- 3 活動地域の見取図、餌やりを行う場所及び糞尿等の清掃を行う場所等の図面、写真等 (第1号様式別紙3)
- 4 飼い主のいない猫の避妊手術又は去勢手術支援申請に係る確認書 (第1号様式別紙4)

(備考)

申請者の本人確認のため、氏名等が確認できる書類(運転免許証、健康保険証等)の原本を持参してください。

(動物愛護センター記入欄)

支援決定(可 否)

手術予定日 年 月 日

搬入場所(保健福祉事務所等 動物愛護センター)

返還場所(保健福祉事務所等 動物愛護センター)

申請者及び保健福祉事務所等への結果報告

年 月 日 □

管理している又は管理しようとする猫の一覧

管理番号	種類	性別 (○を記載)	毛色	避妊手術又は 去勢手術の実施の 有無(○を記載)	その他 身体的特徴等
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	
		雄 雌 不明		有 無 不明	

欄が不足している場合は、任意様式で追記してください。

活動地域の見取図、餌やりを行う場所及び糞尿等の清掃を行う場所等の図面、写真等

