

飼い主不明猫に係る不妊（不妊・去勢）施術依頼並びに助成金申請書

平成 年 月 日

公益社団法人 宮城県獣医師会会長 殿

申請者 住所： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_ 印  
(電話番号： \_\_\_\_\_)

(申請者が団体等の場合は団体名並びに代表者を記してください)

団体名： \_\_\_\_\_  
代表者： \_\_\_\_\_ 印

連署人 住所： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_ 印

連署人 住所： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_ 印

公益社団法人宮城県獣医師会「飼い主のいない猫の不妊去勢事業実施要領」に基づき、下記のとおり不妊施術を依頼するとともに、助成金の交付を申請します。

記

1 不妊施術依頼猫

(1) 保護年月日並びに場所

日時：平成 年 月 日 時 場所： \_\_\_\_\_

(2) 施術依頼頭数

頭数： \_\_\_\_\_ 頭 (内 雄 \_\_\_\_\_ 頭, 雌 \_\_\_\_\_ 頭)

(3) 助成金振込先

金融機関名： \_\_\_\_\_ 銀行・信用金庫・信用組合 \_\_\_\_\_ 支店

種別：普通・当座・貯蓄・その他 口座番号： \_\_\_\_\_

口座名義(フリガナ)： \_\_\_\_\_

※施術依頼を受けた動物病院は(公社)宮城県獣医師会事務局 (TEL022-297-1735) に連絡して承認を受けてください。

不妊・去勢施術実施報告書

(獣医師記入欄)

平成 年 月 日

公益社団法人 宮城県獣医師会会長 殿

施術実施者： \_\_\_\_\_

動物病院名： \_\_\_\_\_

獣医師氏名： \_\_\_\_\_ 印

公益社団法人宮城県獣医師会「飼い主のいない猫の不妊去勢事業実施要領」に基づき、下記のとおり不妊・去勢手術を実施したので報告します。

記

1. 実施年月日： 平成 年 月 日

2. 施術実施頭数： \_\_\_\_\_ 頭

3-①. 猫の性別等内訳：

NO	性別	特徴(毛色等)	手術費	備考
1	♂・♀			
2	♂・♀			
3	♂・♀			
4	♂・♀			
5	♂・♀			

※手術費には、入院費及び管理費等は含まない。