

令和2年度 飼い猫(メス)不妊手術申請書

年 月 日

高知県知事 様

申請者 千
住所 市・郡
氏名 ふりがな
日中の連絡先 ()

令和2年度高知県メス猫不妊手術推進事業実施要綱第5条の規定により、同要綱による下記1の飼い猫(メス)の不妊手術の実施について、申請します。

なお、申請するに当たり、下記2の同意事項について同意します。

記

1 不妊手術を希望するメス猫

種類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> その他 ()
名前(呼び名)	
年齢(推定年齢でも可)	歳 か月
毛色	
その他の特徴	
飼養している市町村	市・町・村

2 同意事項

- ・ 県が負担する額は、1匹当たり6,000円のみであること。
- ・ 獣医師の判断により、手術を行わない場合があること。
- ・ 手術等により生じた問題及び手術後に生じた問題について、県は責任を負わないこと。
- ・ 手術後は首輪、迷子札、マイクロチップなどにより飼い主を明示するとともに、室内飼養に努め、終生にわたり適正に飼養すること。

3 注意事項等

- ・ 申請書を持参された方ご本人を確認できる書類を持参していない場合は、受付できません。
- ・ 申請者以外の方が持参される場合は、持参者の住所、氏名をご記入ください。

持参者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

福祉保健所記入欄

受付No _____	申請書持参者	本人確認書類
	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()

食品・衛生課記入欄

依頼書No.