

阿南市飼い主のいない猫の不妊去勢手術助成事業（      年度）

# 実 績 報 告 書

年    月    日

阿 南 市 長   宛 て

申請者    住 所   〒

氏 名 <sup>ふりがな</sup>（団体にあつてはその名称及び代表者名）

電話番号

阿南市飼い主のいない猫の不妊去勢手術助成金交付要綱第7条の規定により  
年    月    日付け阿南市指令第                  号で交付決定された当該猫の不妊去  
勢手術に係る実績について、同要綱第10条に基づき次のとおり報告します。

## 記

### 1. 手術実績

手術実施頭数	申請頭数
メス：                  頭	頭  (第1号様式で申請した メス・オス・性別不明 を合計した頭数を記載)
オス：                  頭	
合計：                  頭	

### 2. 助成請求額（請求は1頭につき1万円を上限とする）

助成請求額		円	
内 訳	避妊手術	円 ×          頭 =	円
	去勢手術	円 ×          頭 =	円
	その他 (                          )	円 ×          頭 =	円

（裏面に続く）

3. 手術（識別措置を含む）の実施及び手術前後の措置等について

※手術を中止した猫については、該当する行を空欄とし、別に第4項の表に記載すること

No	手術実施日	性別	毛色	手術前に実施した 飼い主の確認事項	手術後の識別 措置方法	備考
1	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
2	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
3	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
4	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
5	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
6	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
7	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
8	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
9	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	
10	年 月 日	メス オス		<input type="checkbox"/> マイクロチップ 未挿入 <input type="checkbox"/> その他(備考記 載)	<input type="checkbox"/> V字カット <input type="checkbox"/> 上記ができない 場合の代替方法 (備考記載)	

#### 4. 手術を中止した猫とその理由

No	手術の中止を 決定した日	性別	毛色	手術を中止した理由
	年 月 日	メス オス 不明		
	年 月 日	メス オス 不明		
	年 月 日	メス オス 不明		
	年 月 日	メス オス 不明		
	年 月 日	メス オス 不明		

#### 5. 手術実施の証明（動物病院記入）

<p>本報告書の第1、2、3、4項のうち手術に関する記入について相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>動物病院名：</p> <p>住 所：</p> <p>電 話 番 号：</p> <p>担当獣医師名：</p> <p style="text-align: right;">印</p>	
---	--

(裏面に続く)

