

不妊手術実施証明書

堺市長 様

活動団体名			
番号		性別	
毛色		推定年齢	
名前等		その他特徴	

上記の猫に対し、不妊手術及び識別処置を実施したことを証明します。

不妊手術に要した費用の領収額 円

手術実施日 年 月 日

診療施設の所在地

診療施設の名称

獣医師氏名

(本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

※ 手術を実施する獣医師の方へのお願い

1. 堺市地域猫不妊手術助成金の請求に必要ですので、手術実施の証明をお願いします。
2. 不妊手術済みであることが分かるように、識別処置を実施してください。
未実施の場合は、助成金の対象となりません。