

様式 5 - 1

市内で保護された飼い主不明の負傷衰弱猫の高額医療費等助成金申請書

つくばみらい市動物愛護協議会 宛

申請日 令和 年 月 日

申請者記入欄

申請者氏名	
住所	つくばみらい市
電話番号	
猫を保護した日	令和 年 月 日
猫を保護した場所	つくばみらい市
保護した時の状況 (いつから現れたか、医療が必要な状況か、餌やりの状況等)	
現在の猫の状況 (保護中、屋外で餌やり中等)	

動物病院記入欄

初診日	令和 年 月 日	性別	オス ・ メス
推定年齢	才 ヶ月		
特徴 (毛色・柄)			
医療の必要性 (骨折、衰弱等)			
その他の施術	ノミマダニ駆除 ・ 駆虫 ・ 血液検査 ・ 糞便検査 その他 ()		
動物病院名 住所 連絡先			
獣医師署名	上記のとおり、市役所で保護された猫に対し、必要な初期医療を実施いたしました。		

【お問い合わせ先】つくばみらい市動物愛護協議会事務局

メールアドレス seikatu01@city.tsukubamirai.lg.jp

電話番号 0297-58-2111 (内線 3301・3302)