

手数料減額（免除）申請書

年 月 日

神奈川県動物愛護センター所長殿

申請者 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号（ ） -

次のとおり手数料の減額（免除）を申請します。

検査又は処置の種目		避妊手術又は去勢手術						
減額（免除）を受けようとする額		避妊手術（16,280円/頭） 去勢手術（8,550円/頭） 計 円						
減額又は免除を受けようとする理由		飼い主のいない猫の避妊手術又は去勢手術支援事業に基づく手術のため						
登録番号	注射済票番号	種類	毛色又は体色	体重又は体格	性別	年齢	呼び名	備考
※	※	飼い主のいない猫の避妊手術又は去勢手術支援事業要綱第1様式及び第1号様式別紙2を参照						
供 試 品								
参 考 事 項								

備考 ※印の欄は、犬の場合に記入してください。