

犬の注射済票 再交付申請書

登録した犬の注射済票を亡失、損傷したときに再交付を受けるための書類

<申請者> (窓口に来られた方)

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
下記のとおり、狂犬病予防法施行規則第13条第1項の規定により、犬の注射済票の再交付を申請します。						
フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名		個人番号	-この手続きでは個人番号の記入は不要です-			
		日中連絡先	-	-		
住所 (建物名等)		市処理欄	宛名番号			

<犬の所有者> 申請者の住所・氏名・日中連絡先と同一(記入不要)

フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名		個人番号	-この手続きでは個人番号の記入は不要です-			
		日中連絡先	-	-		
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)	市処理欄	宛名番号			

<再交付についての事項>

注射実施状況	実施年月日	年	月	日	市処理欄 (再交付 注射済票)	交付日	年	月	日
	交付番号					交付番号			
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 損傷								

※注射済票を損傷した場合は、損傷した注射済票を添付してください。

※注射済票を亡失した場合で、申請後亡失した注射済票を発見したときは、5日以内に発見した注射済票を提出してください。

<登録している犬>

名前	オス・去勢 メス・避妊	生年月日	年	月	日	
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 所有者と同じ(記入不要)	特徴				
種類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> 北海道犬 <input type="checkbox"/> 柴犬 <input type="checkbox"/> コーギー <input type="checkbox"/> T・プードル <input type="checkbox"/> シーズー <input type="checkbox"/> M・ダックスフンド <input type="checkbox"/> チワワ <input type="checkbox"/> ビーグル <input type="checkbox"/> ポメラニアン <input type="checkbox"/> マルチーズ <input type="checkbox"/> その他()					
毛色	<input type="checkbox"/> 茶色 <input type="checkbox"/> 薄茶色 <input type="checkbox"/> 濃い茶色 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 黒色 <input type="checkbox"/> 灰色 <input type="checkbox"/> その他()					
市処理欄	登録年度:	年度	登録番号:			

北見市使用欄

本人確認	来庁者	添付書類	受付	入力	審査
	<input type="checkbox"/> 犬の所有者 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 代理権確認手段	<input type="checkbox"/> 注射済票(損傷時) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

受付印