

様式第5(第6条関係)

狂犬病予防注射済票再交付申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住 所

ふりがな
氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者氏名)

電話番号

次のとおり注射済票の再交付を受けたいので、狂犬病予防法施行規則第13条第1項の規定に基づき申請します。

| | | | |
|-----------|---|---------|--|
| 登 録 年 度 | | 登 録 番 号 | |
| 犬 の 所 在 地 | | | |
| 再交付申請の理由 | <input type="checkbox"/> 亡 失 <input type="checkbox"/> き 損 | | |

記入上の注意

- 1 上の太枠の中のみ記入し、※印の欄には記入しないでください。
- 2 のところは、該当するものにレ印を付けてください。
- 3 き損の場合は、き損した注射済票を添付してください。

※

| | | | |
|-----------|---|--------|---------------------|
| 注射済票 | 旧 | 年度・第 号 | 受 付 年 月 日 |
| | 新 | 年度・第 号 | 年 月 日 |
| 身体障害者手帳番号 | | | 盲導犬使用者証番号 |
| | | | 身体障害者補助犬 認定証認定番号 |

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。