

届 出 書

来 所 ・ 電 話

受 付 印

※一頭につき一枚

記入日
年 月 日

受付者

- . 死亡
 - . 他都市からの転入
 - . 市内移動(→)
 - . 区内移動
 - . その他届出
- ()

神戸市保健所長 あて

※ 法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地 をご記入下さい。

| | | | |
|--------|------|---------|--|
| 届出者の氏名 | ふりがな | 電 話 番 号 | |
| 届出者の住所 | 〒 | | |

狂犬病予防法 第4条第4項又は第5項の規定により、次のとおり届出ます。

届出該当に○をして下さい

記入必要事項番号

| | | | |
|---|------------|----|------------------------------------|
| 1 | 犬の死亡 | ①② | 正当な理由がある時を除き、鑑札及び注射済票を添付してください。 |
| 2 | 犬の所在地変更 | ①③ | 新しい犬の所在地を管轄する保健所長に変更届を提出してください。 |
| 3 | 犬の所有者の変更事項 | ①④ | 犬の所在地も変更する場合は、犬の所在地の変更も届け出てください。 |
| 4 | 犬の所有者自体の変更 | ①⑤ | 新所有者が、犬の所在地を管轄する保健所長に変更届を提出してください。 |

届出事項記入欄

WEL-MOTHER照会済

| | | | | |
|---|---------|------|------------------------------|------------|
| ① | 登 録 年 度 | 年 度 | 鑑 札 番 号 | |
| | 犬 の 種 類 | | 神戸市・他都市 マイクロチップ 15 ケ タ | |
| | 犬 の 名 前 | ふりがな | 犬の生年月日 | 年 月 日 才 |
| | 毛 色 | | 性 別 | オ ス ・ メ ス |

| | | |
|---|--------|-------|
| ② | 死亡の年月日 | 年 月 日 |
|---|--------|-------|

前鑑札等添付

| | | |
|---|--------|-----------------------------------|
| ③ | 犬の新所在地 | <input type="checkbox"/> 届出者住所に同じ |
| | 犬の旧所在地 | |

| | | |
|---|---------|-------------------------------------|
| ④ | 所有者の新住所 | <input type="checkbox"/> 届出者住所に同じ |
| | 所有者の新氏名 | <input type="checkbox"/> 届出者氏名に同じ |
| | 所有者の旧住所 | <input type="checkbox"/> ③の犬の旧住所に同じ |
| | 所有者の旧氏名 | |

| | | |
|---|---------|-------------------------------------|
| ⑤ | 新所有者の住所 | <input type="checkbox"/> 届出者住所に同じ |
| | 新所有者の氏名 | <input type="checkbox"/> 届出者氏名に同じ |
| | 旧所有者の住所 | <input type="checkbox"/> ③の犬の旧住所に同じ |
| | 旧所有者の氏名 | |

| | | | | | |
|-----------------|-------|-----------|-------|-------------|-----------|
| 鑑 札 の 返 納 | 有 ・ 無 | 注 票 の 返 納 | 有 ・ 無 | 返 納 不 可 理 由 | 紛 失 ・ () |
| 交 付 し た 鑑 札 番 号 | 平 成 | 年 度 第 | 号 | 無 償 ・ 有 償 | |

記入見本 (死亡届)

届出書

※一頭につき一枚

記入日

2018年 4月 1日

何も書かない

神戸市保健所長 あて

※ 法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地 をご記入下さい。

| | | | |
|--------|---|--------|-----------------|
| 届出者の氏名 | ふりがな こうべ はなこ 神戸 花子 | 電話 番 号 | 862-1101 |
| 届出者の住所 | 〒 651-0083 神戸市中央区浜辺通4-1-23 三宮ベンチャービル | | |

狂犬病予防法 第4条第4項又は第5項の規定により、次のとおり届出ます。

届出該当に○をして下さい

記入必要事項番号

| | | |
|--------------|----|------------------------------------|
| ① 犬の死亡 | ①② | 正当な理由がある時を除き、鑑札及び注射済票を添付してください。 |
| 2 犬の所在地変更 | ①③ | 新しい犬の所在地を管轄する保健所長に変更届を提出してください。 |
| 3 犬の所有者の変更事項 | ①④ | 犬の所在地も変更する場合は、犬の所在地の変更も届け出てください。 |
| 4 犬の所有者自体の変更 | ①⑤ | 新所有者が、犬の所在地を管轄する保健所長に変更届を提出してください。 |

届出事項記入欄

WEL-MOTHER照会済

| | | | |
|------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 登録年度 | 平成 14 年度 | 鑑札番号 | 0299999 |
| 犬の種類 | 雑種 | 神戸市 他都市 マイクロチップ 15 ケ タ | |
| 犬の名前 | ふりがな コロ | 犬の生年月日 | 2002 年 5 月 1 日 才 |
| 毛色 | 茶 | 性 別 | オ ス ・ メ ス |

| | |
|----------|-------------------------------------|
| ② 死亡の年月日 | 2018 年 3 月 2 日 |
|----------|-------------------------------------|

前鑑札 等 添付

| | |
|----------|-----------------------------------|
| ③ 犬の新所在地 | <input type="checkbox"/> 届出者住所に同じ |
| 犬の旧所在地 | |

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| ④ 所有者の新住所 | <input type="checkbox"/> 届出者住所に同じ |
| 所有者の新氏名 | <input type="checkbox"/> 届出者氏名に同じ |
| 所有者の旧住所 | <input type="checkbox"/> ③の犬の旧住所に同じ |
| 所有者の旧氏名 | |



鑑札を
セロハンテープで
はがれないように
しっかりと貼ってください

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| ⑤ 新所有者の住所 | <input type="checkbox"/> 届出者住所に同じ |
| 新所有者の氏名 | <input type="checkbox"/> 届出者氏名に同じ |
| 旧所有者の住所 | <input type="checkbox"/> ③の犬の旧住所に同じ |
| 旧所有者の氏名 | |

| | | | | | |
|--------------|-----|-------|-----|-------------|--------|
| 鑑札の返納 | 有・無 | 注票の返納 | 有・無 | 返納不可 の理由 | 紛失・() |
| 交付した 鑑札番号 | 平成 | 年度 | 第 | 号 | 無償・有償 |