

年 月 日

公益社団法人 福井県獣医師会 様

申請者 住 所 永平寺町
氏 名
電 話
地区名

印

永平寺町野良猫の去勢及び不妊手術費助成事業申請書

飼い主のいない猫の不妊手術費用の支援及び永平寺町の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、申請にあたり次の事項を誓約します。

- 1 申請する猫は、飼い主のいない猫(野良猫)です。
- 2 手術の実施にあたっては手術同意書を提出し、問題が発生した場合には、申請者である私が責任を負い、誠意を持って問題を解決するように努めます。
- 3 手術済みの猫である識別の措置(耳先のV字カット)を行うことに同意します。
- 4 手術後は、糞尿の管理や餌やりなど適正に管理します。

記

猫の主な生息地域	永平寺町		付近	
手術をする 飼い主のいない猫	性 別	雄 ・ 雌	特 徴	
	毛 色			
獣医師会特別料金	不妊手術料金 去勢手術 13,000円 避妊手術 18,000円 (税込)			
永平寺町の助成金	オス1頭につき 6,000円		メス1頭につき 9,000円	
地域自治会への連絡	している		していない	
この事業に申請 した理由				
<u>飼い主のいない猫(野良猫)であることの確認</u> ※地区区長の署名・押印が必要です。(1名) 地区区長の「住所」「氏名」「電話番号」をご記入ください。				
確 認 者	区 長			
住 所	永平寺町			
氏 名	印			
電 話				
持参書類：申請者の住所が確認できる書類(免許証, 保険証等)				

※手術後の申請では、助成は受けられませんのでご注意ください。

公益社団法人 福井県獣医師会
野良猫の去勢及び不妊手術費助成事業

(公社) 福井県獣医師会及び協力動物病院院長 様

猫の不妊手術同意書

貴院に不妊手術を依頼した猫は飼い主のいない猫(野良猫)であり健康状態が十分とはいえ感染症や潜在する疾病を持っている可能性もあり、麻酔や施術により万一発生した不測の事態に対し、一切の異議申し立てはいたしません。

また、手術済みの猫である識別の措置である耳のV字カットを行うことに同意します。

年 月 日

申請者 氏名 (印)

(実施動物病院記入欄)

不妊手術実施報告書

年 月 日

(公社) 福井県獣医師会会長 様

動物病院名
獣医師名 (印)

(公社) 福井県獣医師会 野良猫の去勢及び不妊手術費助成事業実施要領に基づき下記のとおり不妊手術を実施しましたので報告いたします。

記

- | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------|-----------------------------|---|-----------|-------|----|---|----|
| 1 | 手術実施日 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | (搬入月日: | 年 | 月 | 日 | — | 退院月日: | 年 | 月 | 日) |
| 2 | 実施猫 | 表記に申請された猫 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> オス | 頭 | <input type="checkbox"/> メス | 頭 | 永平寺町助成額 (| | 円) | | |

* 施術後は速やかに獣医師会事務局に本申請書をFAX (0776-28-1255) 願います。