

公益社団法人 福井県獣医師会

飼い主のいない猫の不妊手術（避妊・去勢）支援事業実施要領

目 的

公益社団法人 福井県獣医師会(以下、「本会」)は、飼い主のいない猫(野良猫)の繁殖を制限することにより殺処分される不幸な猫を減らすため、野良猫による住民の環境被害の改善のため、また飼い主のいない猫との共生を目指す地域猫活動を支援するため、飼い主のいない猫の不妊手術支援事業を実施する。

手術の対象及び要件

(1) 県内に生息する飼い主のいない猫(外観上健康な生後4か月以上の猫、飼い猫は対象外)とする。

なお、手術を受けさせようとする人(申請者)は対象が野良猫であることを自治会長(区長)または自治会役員に確認してもらい、申請書に署名・捺印をもらうこと。

(2) 申請者は、県内に住所を有すること。

(3) 申請者は、猫を捕獲、保護し、動物病院に連れて行き、手術後は元の場所に戻ることができる人とする。

(4) 申請者は、手術を行った猫に手術済みであることが外見から判断できる措置である耳先のV字カットの実施に同意すること。

支援内容

(1) 本会に所属する会員獣医師の動物病院で、且つ野良猫不妊手術協力病院において、野良猫の不妊手術を次の料金で行う。

メス 15,000 円(税込) オス 10,000 円(税込)

(2) ノミ等の外部寄生虫が寄生している場合、院内感染予防のため駆除を行うが、駆除に係る費用は申請者が実費を負担するものとする。また重度伝染病に感染している場合には動物病院は引き受けを断ることができる。

申込手続

(1) 申請者は、協力動物病院に設置された申請書(様式1)に必要事項を記入の上、協力動物病院に提出する。このとき申請者は住所が確認できるもの(免許証、保険証等)を持参すること。

(2) 病院は、申請書の内容を確認し受理した後、手術の日程を申請者と相談し決定する。

手術の実施及び報告

(1) 申請者は、手術のリスクについての説明を聞いた上で、手術同意書(様式2)に署名をすること。

(2) 病院は、手術実施後、本会に飼い主のいない猫の不妊手術実施報告書(様式3)を獣医師会に提出すること(FAX可)。

申請者への注意事項

病院は、申請者に対して下記の点について伝え、理解を求めること。

- (1) 飼い主のいない猫は健康状態が十分とは言えず、また人に慣れていないため、手術を行う際、潜在する病気その他によりショック死などの恐れがあること。
- (2) 不慮の事故や天災などによる失踪・死亡した場合は、本会及び手術を行った獣医師は一切の責任を負わないこと。
- (3) 麻酔をかけられた後、猫がすでに手術済であることが判明した場合でも、耳先カットは行われること。また、その場合、申請者は手術費用を負担すること。
- (4) トラップ（猫の捕獲）、リターン（元の場所に戻すこと）は申請者各自で行うこと。また、猫の捕獲や病院に連れて行く際には、人も猫もケガのないように注意すること。普段どんなにおとなしい猫でも、場所が変わると興奮して暴れる場合があるので、扉がしっかり閉まるキャリーや袋、洗濯ネットなどに入れて病院に連れて来るようにすること。
- (5) 飼い主のいない猫を対象としているので、首輪や名札があるものや特定の人に継続的に世話をされているなど、飼い主がいる可能性のある猫は本事業の対象とはならないこと。
- (6) 飼い主のいない猫の世話をを行う場合は、周辺住民に迷惑がかからないよう、エサ、糞尿の管理を適正に行い、地域住民の理解を得るように努めること。

不妊手術支援事業協力動物病院（申請受付窓口）……………別紙

(様式1)

平成 年 月 日

公益社団法人 福井県獣医師会 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話

印

飼い主のいない猫の不妊手術（避妊・去勢）支援事業申請書

飼い主のいない猫の不妊手術費用の支援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 手術の実施の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努めます。
- 3 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。
- 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	市・郡			町	付近
手術をする飼い 主のいない猫	性 別	雄 ・ 雌	特 徴		
	毛 色				
特別支援料金	不妊手術料金（税込） <input type="checkbox"/> 去勢手術 10,000 円 <input type="checkbox"/> 避妊手術 15,000 円				
この事業に申請 した理由					
飼い主のいない 猫である確認	自治会長または役員の方の署名・捺印が必要です。				
	自治会(区) 役職 _____				
	氏 名	印			
	住 所				
	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)をお持ちください。				

* 手術後の申請では、獣医師会の支援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
飼い主のいない猫の不妊手術（避妊・去勢）支援事業

(様式2)

(公社) 福井県獣医師会及び協力動物病院院長 殿

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えず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致しません。

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。

平成 年 月 日

申請者 氏名 印

(様式3)

(実施動物病院記入欄)

不妊手術実施報告書

平成 年 月 日

(公社) 福井県獣医師会会長 殿

動物病院名

獣医師名

(公社) 福井県獣医師会 飼い主のいない猫の不妊手術（避妊・去勢）支援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 | 平成 年 月 日
(搬入月日:平成 年 月 日 — 退院月日:平成 年 月 日) |
| 2 実施猫 | 表記に申請された猫
□メス 1頭 □オス 1頭 |

* 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。