

公益社団法人 福井県獣医師会 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

自治会及び団体名

印

## 福井市飼い主のいない猫の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及び福井市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努めます。（追加料金発生時においても、異議申し立ては致しません。）
- 3 手術済みの猫である識別の措置として、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責任をもって管理します。
- 5 申請後2ヶ月以内に手術を実施します。（令和 年 月 日まで）
- 6 動物病院に手術予約した後でキャンセルする場合は、必ず動物病院に連絡します。
- 7 当事業は県の補助を受けて実施しているため、申請書の記載内容の情報を県に提供することに同意します。

## 記

猫の主な生息地域	福井市			付近	
手術をする飼い主の いない猫	性 別	雄 ・ 雌		特 徴	
	毛 色				
猫の保護予定日(週)					
手術する動物病院				協力団体名	
獣医師会の手術料金	不妊手術料金 去勢手術 13,000 円・避妊手術 18,000 円 (税込)				
福井市の助成額	オス1頭につき 8,000 円		メス1頭につき 10,000 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					
飼い主のいない猫 (野良猫)であること の確認	自治会長または近隣の方の署名・捺印が必要です。(1名) 自治会長の場合は団体名をご記入ください。近隣の方はその他に印を付け、必ず申請者との関係をご記入ください。飼い主のいない猫であると確認できる方のみ確認者となります。(申請者と同一世帯の方は不可)				
確 認 者	<input type="checkbox"/> _____自治会長 <input type="checkbox"/> その他 申請者との関係( )				
	住 所	福井市			
	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)が必要です。				

\*手術後の申請では、獣医師会の支援及び福井市の助成は受けられませんのでご注意ください。

(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として、耳のV字カットを行うことに同意します。

令和 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

令和 年 月 日

(公社) 福井県獣医師会会長 殿

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 | 令和 年 月 日   |
|         | (搬入月日:令和 年 月 日 — 退院月日:令和 年 月 日)  |
| 2 実施猫   | 表記に申請された猫  |
|         | <input type="checkbox"/> オス 1頭 <input type="checkbox"/> メス 1頭 福井市助成金額 ( 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。