

平成28年度 飼い主のいない猫 (メス) の不妊手術等申請書

年 月 日

高知県知事 様
(福祉保健所経由)

申請者 住所
氏名
電話

平成28年度高知県メス猫不妊手術推進事業実施要綱第5条の規定により、同要綱による下記1の飼い主のいない猫 (メス) の不妊手術等の実施について、申請します。

なお、申請するに当たり、下記2の活動を行うことを誓約し、下記3の同意事項について同意します。

記

1 不妊手術等を希望するメス猫

種類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> その他 ()
年齢 (推定年齢でも可)	歳 か月
毛色	
その他の特徴	
※生息地	別添地図のとおり (※生息地を明示した地図を添付すること。)

2 この猫に対する申請者の活動【1つ以上必須】

具体的な地域環境改善活動

例：定期的な糞尿の清掃、生息地周辺の美化活動等

注：申請者自らが、生息地で活動しない (できない) 場合は、生息地の地域住民、ボランティア、行政等と連携した活動を記載してください。

3 同意事項

- ・手術時に、耳にV字カットを施すこと。(手術済の明示)
- ・県が負担する額は、1匹当たり10,000円のみであること。
- ・獣医師の判断により、手術を行わない場合があること。
- ・手術等により生じた問題及び手術後に生じた問題について、県は責任を負わないこと。
- ・申請者の活動により地域住民に迷惑をかけること。
- ・申請者の活動が活動地域の土地所有者又は管理者の意向に反しないこと。
- ・記載内容について、県から生息地の市町村へ情報提供をすることがあること。

※ 申請者ご本人を確認できる書類を持参していない場合は受付できません。

福祉保健所記入欄 (本人確認書類)	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------------------	--