

令和6年度茨城県地域猫活動推進事業手数料支払要項

(通則)

第1条 茨城県地域猫活動推進事業実施要領（以下「要領」という。）で規定する飼い主のいない猫の不妊去勢手術に対する手数料は予算の範囲内において支払うものであり、その支払い方法等については、この要項の定めるところによる。

(目的)

第2条 本要項は要領で規定する飼い主のいない猫の不妊去勢手術に対する手数料の支払手続きを円滑に実施するために定めるものである。

(支払の対象)

第3条 この手数料の支払いの対象は、要領に規定する協力動物病院が行う飼い主のいない猫の不妊去勢手術及び当該手術に付随する獣医療にかかる費用であり、手術補助券（様式第1号）にかかれた期限内に実施された手術を対象とする。なお、支払の対象金額が県の補助額を上回る場合、依頼者が負担することとする。

(実績の報告)

第4条 要領に基づき、飼い主のいない猫の不妊去勢手術を行った協力動物病院は、四半期毎に「手術補助券（様式第1号）」を添えて実績報告書（様式第2号）により実績を報告するものとする。

(手数料の算定方法)

第5条 この手数料の支払額は、妊娠や陰睾等の猫の状態に関わらず、1頭につき雄猫が7,000円、雌猫が10,000円とする。なお、当該金額には、不妊去勢手術に係る費用の他、耳先のV字カット代、麻酔手数料、術後管理手数料、医薬材料費、入院費及びその他の消耗品費が含まれる。

(支払額の決定)

第6条 知事は、第4条の規定による実績の報告を受け、その内容を精査して適当であると認めたときは、前条の規定に基づいて支払額を決定し、手数料支払額確定通知書（様式第3号）をもって協力動物病院に通知するものとする。

(手数料の請求)

第7条 協力動物病院は、手数料の支払額確定通知書の受領後10日以内に、手数料請求書（様式第4号）をもって知事（保健医療部生活衛生課宛て）に手数料の支払いを請求するものとする。

(手数料の支払)

第8条 知事は第7条の請求に基づき、協力動物病院が指定した口座に手数料を支払う。

(その他)

第9条 この要項に定めるもののほか必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要項は、令和6年4月1日から適用する。

茨城県飼い主のいない猫手術補助券

この手術補助券を1枚提出することにより、令和6年度茨城県地域猫活動推進事業において一時保護した飼い主のいない猫1頭の不妊去勢手術（耳先のV字カットを含む。）を、事前に依頼した協力動物病院で受けることができます。但し、手術費用が県の補助額 雄猫1頭7,000円、雌猫1頭10,000円を上回る場合は、依頼者が負担することとなります。

【手術補助券の有効期限（手術実施の期限）：令和7年3月31日まで】

茨城県保健医療部生活衛生課長
(電話 029-301-3418)

【地域猫活動に取り組む方へ】

- 1 この手術補助券は、他の地域猫活動グループ等への譲渡はできません。必ず、地域猫活動グループ員が、認定された活動地域にて保護した猫に使用してください。
- 2 飼い主のいない猫の不妊去勢手術1頭につき、この手術補助券1枚を使用できます。
- 3 協力動物病院に不妊去勢手術を依頼する際は、この手術補助券を協力動物病院に提出してください。
- 4 不妊去勢手術が終了したら、搬入した猫に間違いがないか確認をしてください。

〈了承・同意事項〉

- 1 猫の状態によっては手術できない場合があることを了承します。
- 2 飼い猫は手術できないことを了承します。
- 3 手術できないと協力動物病院の獣医師が判断した場合には直ちに猫を引き取ります。
- 4 麻酔、手術等による不測の出来事について茨城県並びに手術を行った協力動物病院及び獣医師は一切責任を負えませんので、あらかじめ御了承ください。
- 5 普段おとなしい猫でも、場所が変わると興奮して暴れる場合があることを認識し、猫の搬入方法については、捕獲器や洗濯ネットに入れるなど協力動物病院が指示する方法で行います。
- 6 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ように耳先のV字カットをすることに同意します。
- 7 麻酔をかけられた後に猫が既に手術済みであることが判明した場合には、耳先のV字カットをできる限り行うこととします。その場合の手術費用は、依頼者が負担することとなります。
- 8 偽りその他の方法により不妊去勢手術を受けた場合、支援の目的に適合しないことにより知事から命令を受けた場合及び知事に認定を取り消された場合、対応については、県の指示に従うこととします。

以上の全ての事項について、了承し、同意します。

依頼者氏名 _____ (代表者氏名 _____)

_____ < 手術補助券は切り取らないでください > _____

【協力動物病院の獣医師の方へ】

- 1 茨城県地域猫活動推進事業において一時保護された飼い主のいない猫の不妊去勢手術を実施した際には、この手術補助券を1頭につき1枚受け取ってください。
- 2 次の内容を記入のうえ、四半期ごとの実績報告書にこの手術補助券を添付し送付してください。

雄 雌 の 別： **オス** ・ **メス**
手術実施日： 年 月 日
動物病院名：
実施獣医師氏名：

茨城県地域猫活動推進事業不妊去勢手術実績報告書

令和 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

(報告者) 住 所

氏 名

[法人にあつては、事務所の所在地、名称及び代表者の氏名]

電話番号

協力動物病院名

獣医師名

令和 年 月から 月にかけて、下記のとおり令和6年度茨城県地域猫活動推進事業において、猫の不妊去勢手術を実施したので報告します。

記

不妊去勢手術実施頭数

性 別	頭 数
雄 猫 (去勢手術)	頭
雌 猫 (不妊手術)	頭

送付先

〒310-8555 水戸市笠原町978番6

茨城県保健医療部生活衛生課

動物愛護グループ担当

生 衛 第 号
令和 年 月 日

殿

茨城県知事 大井川 和彦

茨城県地域猫活動推進事業不妊去勢手術手数料支払額決定通知書

令和 年 月 日付けで提出された茨城県地域猫活動推進事業不妊去勢手術実績報告書（様式第2号）の記載内容を審査し、下記のとおり手数料を支払うことを決定したので通知します。

つきましては、猫の不妊去勢手術手数料請求書（様式第4号）を令和 年 月 日までに送付いただきますようお願いいたします。

記

手数料支払額 _____ 円

送付先
〒310-8555 水戸市笠原町978番6
茨城県保健医療部生活衛生課
動物愛護グループ担当

茨城県地域猫活動推進事業不妊去勢手術手数料請求書

令和 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

(請求者) 住 所

氏 名

[法人にあつては、事務所の所在地、名称及び代表者の氏名]

電話番号

協力動物病院名

獣医師名

このことについて、下記のとおり請求します。

記

1 金 _____ 円
※令和 年 月 日付け生衛第 _____ 号をもって決定された金額

2 請求額の受領方法 口座振替払

振 込 先 金 融 機 関		銀行 信用金庫 ()	本店 支店 出張所
振 替 口 座	預 金 種 別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
	口 座 番 号		
	フリガナ		
	口 座 名 義		

※ 振替口座が法人名の場合にあつては、請求者の住所及び氏名欄は、当該法人について記入願います。