様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　長泉町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名 　　　　 　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

長泉町飼い主のいない猫の避妊去勢等手術事業申請書

長泉町飼い主のいない猫の避妊去勢等手術事業実施要領第５条に基づき、避妊去勢等手術事業を実施したいので裏面のとおり申請します。

なお、この申請にあたり下記の事項を誓約します。

記

１　本申請にかかる猫は、飼い主のいない猫に間違いないこと。

２　避妊去勢等手術実施後において当該猫に飼い主がいたことが判明した場合、手術の実施により生じた問題については、当該猫の飼い主と申請者の間で処理すること。

３　動物病院に当該猫を搬入する際、当該猫の体調不良等の理由により受入を

拒否される場合があることに同意すること。

４　当該猫に対し、避妊去勢等手術を受けた猫を識別するため、獣医師がいずれか片方の耳の一部を切り取る処置を実施することに同意すること。

５　避妊去勢等手術実施後は、当該猫を元の場所に戻すこと。

６　本申請に係る避妊去勢等手術及びそれに伴う処置の実施により生じた事故等について、長泉町及び獣医師の責任は問わないこと。

７　申請の承諾にあたり、私及び確認者の住民登録台帳を照会し、確認するこ

とに同意すること。

様式第１号　裏面

長泉町飼い主のいない猫の避妊去勢等手術を実施する猫に関する調査票

１　主な生息地　　　　長泉町

２　性　　　　別　　　　雄　・　雌　（どちらかに○をつけてください。）

３　毛　　　　色

４　飼い主のいない猫と判断した理由

（当てはまるところに○をつけてください　複数可）

　　（　　）首輪がない　　　（　　）見かけてから１か月以上経過している

　　（　　）人になれていない

（　　）その他（ 特定の場所で定期的に餌を与えられていない など ）

５　希望処置内容　　　　去勢手術　・　避妊手術　・　耳カット単独手術

|  |
| --- |
| 以下の写真を添付してください。・避妊去勢手術を実施する前の写真（猫の全身が写っているもの） |

上記の記載事項に相違がないこと、並びに本申請にかかる猫が飼い主のいない猫であることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認者　　 | 確認日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| 事業所名（在勤の場合） |  |
| 申請者との関係 |  |

※確認者（町内に居住又は在勤し、申請者と世帯及び住所を別にする者に限る）の署名・押印が必要です。