

犬・ねこ不妊手術 助成キャンペーン

応募期間 7月1日～9月30日まで

不妊手術費の一定額を助成します
×**ス**の飼育犬・ねこ、地域ねこ
5,000円助成 抽選で85頭

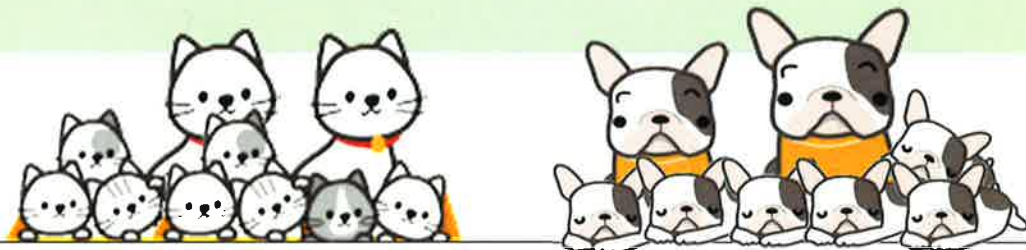
※1世帯1頭まで、地域ねこは実頭数まで応募できます。

※犬は、狂犬病予防法に基づく登録及び狂犬病予防注射実施済のもの

※「地域ねこ」とは飼主のいないねこの共生を目的に、同地域住民が行政機関またはNPO団体との連携下で、餌やふん尿の管理、不妊手術の実施を含む地域ルールに基づいて飼育されている飼主のいないねこ

※地域ねこは、不妊手術済みの目印となる耳先カット（さくらカット処置）に管理代表者が同意したものとします。

◆応募方法は、最寄の動物病院の窓口を用意されている申込票に記入し病院に提出して下さい。当選者には「犬・ねこ不妊手術補助券」を送付します。なお、補助券は他者に譲渡することはできません。手術日は動物病院にご相談ください。



お問い合わせは、最寄の動物病院または、下記にご連絡ください。

一般社団法人岩手県獣医師会 TEL : 019-651-0310 FAX : 019-653-0350

URL : <http://www.ivma.jp>

平成 29 年度飼育犬・ねこ及び地域ねこ不妊手術助成事業実施要領

一般社団法人 岩手県獣医師会

第 1. 目 的

岩手県内で飼育されている犬・ねこ（以下、飼育犬・ねこという。）の飼い主並びに地域ねこの管理代表者に対し、不妊手術を行った場合に手術費の一定額を助成し、捨て犬・捨てねこ防止対策並びに地域ねこの繁殖防止対策を推進することを目的とする。

第 2. 地域ねこの定義

この要領における「地域ねこ」とは、地域住民と行政機関またはNPO団体との連携下で、えさやふん尿の管理等地域ルールに基づいて飼育されている飼い主のいない「ねこ」とする。

第 3. 応募対象条件

対象は、飼育犬・ねこ、地域ねこ共に雌の 7 歳未満とし、飼育犬・ねこは 1 世帯 1 頭まで、地域ねこは実頭数（地域で 3 頭飼育している場合は 3 頭）まで応募できるものとする。但し、犬では狂犬病予防法に基づく登録及び狂犬病予防注射を実施済みのものとする。

第 4. 助成対象頭数

助成する総頭数は 85 頭とする。

飼育犬 20 頭、ねこ 65 頭（うち地域ねこ 25 頭）とする。

地域ねこ（25 頭）は、被災沿岸地域の地域ねこを優先して助成対象とする。

被災沿岸地域とは、東日本大震災で被災した沿岸の 12 市町村とする。

但し、地域ねこは、不妊手術済みの目印となる耳先カット（さくらカット処置）に、管理代表者が同意したものに限る。

第 5. 助成金額

不妊手術（卵巣子宮摘出）に対し、1 頭あたり 5,000 円を助成する。

第 6. 事業の実施獣医師

本会会員である小動物開業獣医師（以下、獣医師という。）とする。

第7. 募集期間

助成申込の募集期間は平成29年7月1日（土）から9月30日（土）（期限厳守）とする。

第8. 助成金の申し込み及び当選者の決定

事業の内容を、岩手県獣医師会（以下、本会という。）ホームページ及び県内各小動物病院へのポスター掲示により県民へ周知する。

助成金を希望する飼い主等は、不妊手術助成事業申込票に必要事項を記入のうえ、本会会員が開設している動物病院に申し込み、各動物病院は受理した同申込票を、平成29年10月6日（金）までに本会へ郵送（FAXも可）することとする。

当選者の決定は、申し込み者がこの事業の助成対象頭数に満たない場合は全員とし、対象頭数を越えた場合は、本会動物愛護委員会が申し込み者の中から公正に抽選し、会長に報告することとする。

第9. 抽選結果の発表及び不妊手術補助券の送付

本会会長は、10月31日（火）までに、当選者（飼育犬・ねこの飼い主及び地域ねこの管理代表者）に「不妊手術補助券（別紙1）」を送付し、申し込み者への抽選結果の発表に代えるものとする。抽選の結果、落選した申し込み者へは通知しない。

2. 上記の「不妊手術補助券」を交付された飼い主及び管理代表者は、12月31日（日）までに同補助券を獣医師へ提出し、不妊手術を受けるものとする。

なお、飼い主及び管理代表者は補助券を他者に譲渡してはならない。

3. この事業への申し込み後、抽選結果を待たずに不妊手術を行い、抽選により当選した場合は、上記の「不妊手術補助券」を活用できるものとする。

第10. 事業の実施報告及び助成金申請

不妊手術を実施した獣医師は、平成30年1月31日（水）までに、「実施報告並びに助成金申請書（様式1）」を、第9に記載する「不妊手術補助券」の写しを添付して、本会会長に提出するものとする。

2. この事業の助成金は、不妊手術を実施した獣医師に対し支出する。

不妊手術助成事業申込票

平成 29 年 月 日

(一社) 岩手県獣医師会長 様

飼い主あるいは

管理代表者 氏名 _____

住 所 (〒 -) _____

電話番号 _____

貴会が実施する飼育犬・猫及び地域猫不妊手術助成事業に、下記のとおり申し込みます。

記

1. 助成申込動物 飼育犬・ねこ、地域ねこ (いずれかを○で囲んで下さい。)

年 齢 (_____ 才 _____ カ月)、毛色 (_____)

2. 不妊手術実施予定年月 平成 29 年 月

3. 「地域ねこ」の不妊手術済みの目印となる 耳先カット (さくらカット処置) に
同意する ・ 同意しない (いずれかを○で囲んで下さい。)

・耳先カット (さくらカット処置) に同意のないものは、助成対象とはなりません。

・今回の不妊手術を希望する地域ねこ頭数 : (_____ 頭)

4. 「地域ねこ」の管理状況について、内容を簡潔に記載願います。【※ 必須】

管理している場所 (市町村名) _____ 管理頭数 : _____ 頭

飼育管理のルール等 : _____

* 申込対象は雌の飼育犬・飼育ねこ及び地域ねこです。

様式 1

実施報告並びに助成金申請書

平成 年 月 日

(一社) 岩手県獣医師会 会長 様

(一社) 岩手県獣医師会 _____ 支会

実施獣医師 _____ 印

飼育犬・ねこ及び地域ねこ不妊手術助成事業を下記のとおり実施したので、実施要領第10に基づき、不妊手術補助券の写しを添えて報告し、助成金を申請します。

記

1. 動物の種類 _____
年齢 (_____ 才 _____ カ月)、毛色 (_____)
2. 飼い主 (管理代表者) の氏名 _____
3. 不妊手術実施日：平成 29 年 月 日
4. 助成申請額： _____ 円
5. 助成金振込先
金融機関名 (_____) 店名 (_____ 支店・支所等)
(普通・当座) / 口座番号： _____
ふりがな
口座名義人： _____