

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要領

(趣旨)

第1条 多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業は、「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱」(以下「要綱」という。)に定めるところによるほか、本要領に定めるところによるものとする。

(認定基準)

第2条 要綱第3条第3号に定める飼い犬は、体重10kg未満に限る。

2 要綱第3条第4号に定める適正飼養の基準は、次のとおりとする。

- (1) 飼い犬・猫の飼養環境を常に清潔にし、飼養、給餌又は給水に起因した騒音又は悪臭の発生、飼い犬・猫の毛の飛散又は衛生害虫の発生等による周辺的生活環境が損なわれる事態の防止に努めること。
- (2) 飼い猫の場合、屋内で飼養すること。
- (3) 第1号及び第2号のほか、飼養管理及び健康管理を適切に行うこと。
- (4) 次に掲げる法令等を遵守すること。
 - ア 動物の愛護及び管理に関する法律(昭和48年法律第105号。以下「動愛法」という。)
 - イ 狂犬病予防法(昭和25年法律第247号)
 - ウ 動物の飼養管理と愛護に関する条例(昭和46年京都府条例第30号)
 - エ 京都市動物との共生に向けたマナー等に関する条例(平成27年京都市条例第76号)
 - オ その他関係法令

(認定の申請)

第3条 要綱第4条の認定申請書は、「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業認定申請書」(第1号様式。以下「認定申請書」という。)とし、必要な書類は、次に掲げる書類とする。

- (1) 多頭飼育状況申告票(第1号様式 別紙1)
 - (2) 手術対象個票(第1号様式 別紙2)
 - (3) 課税状況等確同意書(第1号様式 別紙3)
 - (4) 同意書(第2号様式)
 - (5) 誓約書(第3号様式)
- 2 認定申請書及び前項各号に掲げる書類(以下「認定申請書一式」という。)の提出先は、医療衛生センターとする。

(認定の審査)

第4条 要綱第5条第1項の現地調査は、医療衛生センターが、「飼養状況等調査票」(第4号様式)により行う。

- 2 医療衛生センターは、前項の現地調査を終えたときは、副申を添えて、認定申請書一式及び飼養状況等調査票を医療衛生企画課に送付する。
- 3 医療衛生企画課は、前項の送付を受けたときは、要綱第3条の認定基準に基づき審査し、適合していると認められる場合は「認定通知書」(第5号様式)により、適合していない場合は「不認定通知書」(第6号様式)により申請者に通知する。
- 4 医療衛生企画課は、前項の審査を行うに際して、住民票の写しの公用請求を行い、申請者が属する世帯構成員を確認した上で、市税事務所に個人市民税・府民税課税状況を確認するものとする。

(手術日程等の調整)

- 第5条 要綱第6条第1項の調整は、医療衛生企画課が「手術日程調整票」(第7号様式)により搬送実施者と搬入可能な日程を調整し、医療衛生センターに送付する。
- 2 医療衛生センターは、前項の送付を受けたときは、当該手術日程調整票により認定者と対応可能な日程を調整し、医療衛生企画課に返送する。
 - 3 医療衛生企画課は、前項の返送を受けたときは、当該手術日程調整票により手術実施者と調整し、担当手術実施者及び手術日程等を決定する。
 - 4 要綱第6条第2項の通知は、医療衛生企画課が、「手術日程通知書」(第8号様式)により医療衛生センター及び担当手術実施者に、「搬送委託連絡票」(第9号様式)により搬送実施者に通知する。
 - 5 医療衛生センターは、前項の通知を受けたときは、当該手術日程通知書により認定者に手術予定日を通知するとともに、手術前の注意事項を説明する。
 - 6 搬送実施者は、第4項により通知を受けたときは、手術予定日の前日までに搬送用ケージ(猫の場合はネットを含む。以下同じ。)を認定者に貸し出すこととする。

(搬入)

- 第6条 認定者は、要綱第7条の搬入の準備として、手術予定日前日の24時(手術予定日0時)から手術対象の犬又は猫を絶食させ、搬送実施者が到着する前に搬送用ケージに入れるとともに、「搬送時間診票」(第10号様式)を作成し、搬送に備えることとする。
- 2 搬送実施者は、飼養場所において、認定者から提出された当該搬送時間診票を確認した上で、必要に応じて持参した「ノミ駆除薬」を認定者が使用した後、手術対象の犬又は猫を入れた搬送用ケージを受け取り、担当手術実施者の施設に搬入する。
 - 3 搬送実施者は、前項の確認において、不審な点があった場合には、担当手術実施者又は医療衛生企画課に問い合わせるものとする。
 - 4 搬送実施者は、第2項の搬入を行う際は、担当手術実施者又はその施設の担当者に当該搬送時間診票を一緒に渡す。
 - 5 搬送実施者は、第2項の搬入ができない場合には、直ちに担当手術実施者及び医療衛生企画課に連絡する。
 - 6 医療衛生企画課は、前項の連絡を受けた場合には、前条に準じて、手術日程等を再調整する。ただし、認定者が手術を希望しない場合は、この限りではない。

(手術)

- 第7条 要綱第8条の手術は、次の方法により行うものとする。
- (1) 全身麻酔下で実施すること。
 - (2) 雌の場合、卵巣摘出術又は卵巣子宮全摘出術とすること。
 - (3) 雄の場合、精巣全摘出術とすること。
 - (4) 皮膚の縫合は、吸収糸を使用し、埋没縫合とすること。
 - (5) 抗生物質の使用等による感染防止の措置を講じること。
- 2 要綱第8条第1項第2号の手術が未実施であることの確認は、雌の場合には、開腹手術を実施した跡がないことを確認する。
 - 3 要綱第8条第2項により手術を実施しなかった場合、担当手術実施者は、要綱第9条の搬送の際に、当該手術を実施しなかった理由を搬送実施者に説明するとともに、「手術不適理由書」(第11号様式)により医療衛生企画課に報告する。
 - 4 医療衛生企画課は、前項の報告を受けたときは、当該手術不適理由書の写しを医療衛生セン

ターに送付する。

(返却)

第8条 搬送実施者は、前条第3項により説明を受けた場合、要綱第9条の返却の際に、当該理由を、認定者に説明するものとする。

(報告)

第9条 要綱第10条第1項の報告は、原則翌月10日までに「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業月間手術実績報告書兼委託料請求書」(第12号様式)に、次の各号に掲げる書類を添えて、医療衛生企画課に提出することで行う。

(1) 診療簿の写し

(2) 搬送時間診票の写し

2 前項の報告は、担当手術実施者が、京都市内に所在している動物病院の開設者が複数加盟している法人(以下「獣医師会等」という。)の会員の場合、獣医師会等がとりまとめ、「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業月間手術実績報告書兼委託料請求書(まとめ)」(第13号様式)に前項各号に掲げる書類を添えて、医療衛生企画課に提出することができる。

3 要綱第10条第2項の報告は、原則翌月10日までに「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業月間搬送実績報告書兼委託料請求書」(第14号様式)を医療衛生企画課に提出することで行う。

(委託料)

第10条 要綱第11条の委託料は、以下の単価で契約することとする。

(1) 手術を実施した場合の担当手術実施者への委託料

ア 避妊手術

1頭につき	30,000円
-------	---------

イ 去勢手術(開腹なし)

1頭につき	25,000円
-------	---------

ウ 去勢手術(陰睾により開腹あり)

1頭につき	30,000円
-------	---------

(2) 手術を実施しなかった場合の担当手術実施者への委託料

ア 術前健診のみ

1頭につき	7,000円
-------	--------

イ 術前健診及び術前準備のみ

1頭につき	15,000円
-------	---------

ウ 開腹まで実施

1頭につき	30,000円
-------	---------

(3) 搬送実施者への委託料

搬送実施者との契約により決定した金額とする。

2 委託料の単価の消費税は、内税とする。

(認定の取消し)

第11条 要綱第13条に定める認定の取消しは、医療衛生企画課が起案し、「認定取消通知書」(第15号様式)により認定者に通知する。

(緊急対応)

第12条 要綱第18条による緊急対応の手術は、動物愛護センターが行う。

2 要綱第18条の緊急対応を要すると認める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

(1) 本市職員が、動愛法第25条第1項の規定に基づく指導を行っている場合

(2) 動愛法施行規則第12条の2第6号に該当する事態を原因として動愛法第25条第4項の環境省令で定める事態が生じており、社会福祉に係る支援、動物の飼育状況を改善する金銭的支援又は生活環境の改善のための支援が必要であり、飼主の努力や取組だけでは事態の改善が困難である場合

(3) その他市長が必要と認める場合

3 要綱第18条の規定により準用する要綱第3条の認定基準は、同条第2号及び第2条第1項の該当を求めないこととし、第4条第4項に規定する確認を不要とする。

4 要綱第18条の規定により準用する要綱第4条の認定申請書は、「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業認定申請書（緊急対応用）」（第16号様式）とし、必要な書類は、次に掲げる書類とする。

(1) 多頭飼育状況申告票（緊急対応用）（第16号様式 別紙1）

(2) 同意書（第2号様式）

(3) 誓約書（第3号様式）

附 則

この要領は令和7年6月18日より施行する。

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業認定申請書

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名
	電話

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第4条に基づき、次の事項について確認し、事業の対象として認定を受けることを申請します。

記

- 上記住所が住民票に記載されています。
- 私を含む世帯全員が個人市民税・府民税非課税です。
- 以下の項目に同意します。
 - ・ 市が世帯全員の住民情報及び個人市民税・府民税の課税状況を調査すること
 - ・ その結果、世帯に個人市民税・府民税の課税対象者がいる場合は事業の対象者として認定されないこと
- 私は、犬又は猫を、次のいずれかの頭数で飼養しています。
 - 避妊・去勢手術を受けていない犬をオスメス混在して3頭以上飼養しています。
 - 避妊・去勢手術を受けていない猫をオスメス混在して3頭以上飼養しています。
- 飼養している犬又は猫の避妊・去勢手術と搬送を依頼します。
- 本要綱の規定を遵守します。

添付書類

- 多頭飼育状況申告票（第1号様式 別紙1）
- 手術対象個票（第1号様式 別紙2）
- 課税状況等確認同意書（第1号様式 別紙3）
- 同意書（第2号様式）
- 誓約書（第3号様式）
- 課税証明書（本市住民情報に記載が無い場合及びその他の理由で本市にて課税状況が閲覧できない場合のみ、住民票上の世帯に属する全世帯員分の添付を求めます。）

收受印

多頭飼育状況申告票（猫用）

申請者の情報	氏名			
	住所等	京都市 区		
		住居形態	マンション・アパート・戸建て・その他()	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		
	性別	性別	男 ・ 女	
		連絡先	電話番号	
		e-mail		

飼養場所	京都市 区		
飼養匹数	メス	頭 (うち避妊手術済	頭)
	オス	頭 (うち去勢手術済	頭)
	合計	頭	
ケージの貸出希望の有無	必要 (台) ・ 必要なし		

本事業の手術対象は、あなたが飼養している避妊手術又は去勢手術を実施していない猫です。あなたが飼養している避妊・去勢手術を行っていない全ての猫の情報を以下に記載してください。(用意された枠内に収まらない場合は、裏面に記載してください)

猫の名前	性別	年齢 (又は飼養歴)	性格、毛色
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			

猫の名前	性別	年齢 (又は飼養歴)	性格、毛色
⑦			
⑧			
⑨			
⑩			
⑪			
⑫			
⑬			
⑭			
⑮			
⑯			
⑰			
⑱			
⑲			
⑳			
㉑			
㉒			
㉓			
㉔			
㉕			

多頭飼育状況申告票（犬用）

申請者の情報	氏名				
	住所等	京都市 区			
		住居形態	マンション・アパート・戸建て・その他()		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)			
	性別	性別	男 ・ 女		
	連絡先	電話番号			
e-mail					

飼養場所	京都市 区			
飼養匹数	メス	頭 (うち避妊手術済 頭)		
	オス	頭 (うち去勢手術済 頭)		
	合計	頭		
ケージの貸出希望の有無	必要 (台) ・ 必要なし			

本事業の手術対象は、あなたが飼養している避妊手術又は去勢手術を実施していない体重10kg未満の犬です。あなたが飼養している避妊・去勢手術を行っていない全ての犬の情報を以下に記載してください。(用意された枠内に収まらない場合は、裏面に記載してください)

犬の名前	性別	年齢 (又は飼養歴)	犬種	毛色	およその体重
①					kg
②					kg
③					kg
④					kg
⑤					kg
⑥					kg

犬の名前	性別	年齢 (又は 飼養歴)	犬種	毛色	およその 体重
⑦					kg
⑧					kg
⑨					kg
⑩					kg
⑪					kg
⑫					kg
⑬					kg
⑭					kg
⑮					kg
⑯					kg
⑰					kg
⑱					kg
⑲					kg
⑳					kg
㉑					kg
㉒					kg
㉓					kg
㉔					kg
㉕					kg

第1号様式 別紙2 (手術対象の猫1頭に1枚必要)

手術対象個票 (猫用)

申請者氏名					
No.					
名前		性別	オス / メス	年齢(推定) 又は飼養歴	
マイクロチップ	・未装着 ・装着あり No. _____				
身体的特徴、 毛色					
性格、人への慣 れ具合					
外傷/病歴					
手術歴 (手術名)	過去に手術をしたことが ない ・ ある ()				
入手経路	ペットショップで購入・拾った・譲渡された・自宅で生まれた ・その他				
投薬歴	現在治療中の病気・薬はありますか? なし ・ あり ()				
ノミ	いる ・ いない(ノミ予防薬処置済み) ・ 不明				
ワクチン 接種歴	種類 (3種混合※1 ・ 5種混合※2 ・) 回数 年 回				
備考					

※1:「猫伝染性鼻気管炎(ヘルペス)」「猫カリシウイルス感染症」「猫汎白血球減少症」

※2: 3種混合+猫クラミジア、猫白血病ウイルス

年 月 日

課税状況等確認同意書

京 都 市 長 様

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第3条に基づく認定者の認定に関する事務手続きを処理するために限って、世帯全員の住民情報及び_____年度の個人市民税・府民税課税状況に係る情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

住民票上の世帯に属する世帯員についてご記入ください。

同意者	ふり がな 氏 名	生年月日	続柄	住所	※ 市記載欄 課税状況
同意者 (申請者)		. .			
同意者		. .		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者		. .		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者		. .		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
同意者		. .		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

(記載に関する注意事項)

- 1 同意者が自ら署名を行うこと
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を添付すること。
- 3 申請者と同居している場合、住所の記入は省略できる。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

※ 本年1月1日現在（1～6月の申請の場合は前年1月1日現在）に市内に在住されていない方は本市において課税状況を閲覧することができないため、別途課税証明書を添付してください。

同意書

京 都 市 長 様

私は、この度多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業の認定を受けるにあたり、飼い犬・猫の搬送、麻酔、手術、入院を依頼するうえで、下記の事項について十分に理解しました。

そのうえで私は、飼い犬・猫の搬送、麻酔、手術、入院に係る処置に同意し、搬送、手術時及び術前術後に発生した不測の事態及び手術に係る以後の経過については、一切の不服を申し立てません。

記

- 本事業の利用に当たっては、京都市職員、搬送実施者及び担当手術実施者に御協力いただきます。なお、虚偽の報告等をされた場合、手術等に要した費用を請求する場合があります。
- 搬送、保管中に飼い犬・猫が暴れるなどにより、搬送容器が破損等した場合、飼い犬・猫が逸走するおそれがあります。
- 麻酔、手術、入院中において、特異体質や災害等の不可抗力により飼い犬・猫に不慮の事故が起きたり、飼い犬・猫が死亡するおそれがあります。
- 手術予定日前日の24時（手術予定日0時）から、必ず手術対象の飼い犬・猫を絶食させます。
- メスは開腹し卵巣のみ又は卵巣及び子宮を摘出する手術、オスは陰囊から精巣を摘出する手術（場合によっては開腹手術）を行います。
- 妊娠中の飼い犬・猫も本事業の対象とし不妊手術（墮胎）を行います。なお、胎仔は返却いたしません。
- 術前健診により疾病等が見つかり手術対象外と判断した場合は、本事業の適用外とし、手術及びその治療は行いません。
- 手術後に発覚した又は進行した疾患に係る診療費及び治療費は、申請者の実費負担になります。（別途、動物病院を受診してください。）
- 手術後は手術前より一時的に元気や食欲がなくなることがあります。
- 手術後に飼い犬・猫の体調が悪くなった場合は、御自身で動物病院の診察を受けてください。なお、手術に瑕疵があり、それに起因する場合を除き、その費用について、京都市は負担しません。
- 本事業の助成を受けるにあたり、京都市、搬送実施者及び担当手術実施者に協力しなかった場合、認定を取り消すことがあります。

申請者（住所） _____

（氏名） _____

誓約書

京 都 市 長 様

私は、次の事項を守り、飼い猫を適正に飼養します。

- 飼養環境を常に清潔にし、飼養、給餌又は給水に起因した騒音又は悪臭の発生、毛の飛散又は衛生害虫の発生等による周辺的生活環境が損なわれる事態の防止に努めます。
- 飼い猫は必ず屋内で飼養します。
- 飼い猫が万が一逸走した場合は速やかに保護するよう努めます。
- 上記の他、飼養管理及び健康管理を適切に行います。
- 猫の飼養に係る法令を遵守します。
- 本事業の趣旨を理解し、自身が適切に飼養できる数を超えた数、新たに猫を飼養することはありません。

上記について、厳守することを誓約します。

申請者（住所） _____

（氏名） _____

誓約書

京 都 市 長 様

私は、次の事項を守り、飼い犬を適正に飼養します。

- 飼養環境を常に清潔にし、飼養、給餌又は給水に起因した騒音又は悪臭の発生、毛の飛散又は衛生害虫の発生等による周辺的生活環境が損なわれる事態の防止に努めます。
- 上記の他、飼養管理及び健康管理を適切に行います。
- 犬の飼養に係る法令を遵守します。
- 本事業の趣旨を理解し、自身が適切に飼養できる数を超えた数、新たに犬を飼養することはありません。

上記について、厳守することを誓約します。

申請者（住所） _____

（氏名） _____

飼養状況等調査票

調査日： 年 月 日 調査者氏名：	
申請者氏名	
申請者住所	
連絡先	
同居家族	
飼養場所	
認定 チエック 項目	飼養状況について
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>未手術の犬又は猫を同種でオスメス合わせて3頭以上飼養している。</p> <p>○ 猫 未手術 頭 (メス 頭、 オス 頭) 手術済 頭 (メス 頭、 オス 頭) 計 _____ 頭</p> <p>○ 犬 体重 <input type="checkbox"/> 10kg 未満 <input type="checkbox"/> 10kg 以上 (認定対象外) 未手術 頭 (メス 頭、 オス 頭) 手術済 頭 (メス 頭、 オス 頭) 計 _____ 頭</p> <p>飼養する犬が5頭以上又は犬猫合わせて10頭以上(犬4頭以下)の場合は届出を指導する</p> <p style="text-align: center;">【届出済・指導中】</p>
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>猫の場合、屋内飼養をしている。</p>
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>飼養管理及び健康管理を適切に行っている、又は今後適正に管理すると誓約している。</p>
	飼養管理及び健康管理に不適切な点が認められる場合、その内容
	()
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>手術を希望する犬猫は、おおむね生後6か月又は飼養してから6か月を経過している。</p>
	衛生環境について
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>飼養に起因する強烈なおいを感じない。</p>
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>人に迷惑をかけるようや鳴き声その他の犬又は猫の飼養に起因する音が発生していない。</p>
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>犬又は猫の毛が著しく飛散していない。</p>	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>犬又は猫の排せつ物が目につかない。</p>	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>衛生害虫が多数発生していない。</p>	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <p>地域住民から犬又は猫の飼養に起因する苦情等がない。</p>	

衛生環境について「いいえ」にチェックがついている場合は以下の項目を確認する。	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	上記について、申請者は今後適正飼養することを誓約している。
関係法令の遵守について	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	関係法令を遵守している
関係法令の遵守について「いいえ」にチェックがついている場合は、その内容を記入 ()	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	上記について、申請者は今後法令を遵守することを誓約している。
指導票交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容 ()	
(備考欄)	※医療衛生企画課
	記載
	飼養状況等調査の結果
	適・不適

認定通知書

年 月 日

様

京 都 市 長

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第3条に基づき、あなたを認定者として認定します。

なお、認定の有効期限は____年__月__日（認定日より60日間）です。

また、手術対象の犬・猫は、下記のとおりです。

記

No.	犬猫区分	犬又は猫の名前	性別
1	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
2	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
3	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
4	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
5	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
6	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
7	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
8	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
9	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
10	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		

第5号様式（裏面）

※犬又は猫の数が多の場合、こちらに追記

No.	犬猫区分	犬又は猫の名前	性別
11	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
12	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
13	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
14	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
15	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
16	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
17	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
18	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
19	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
20	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
21	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
22	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
23	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
24	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		
25	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		

不認定通知書

年 月 日

様

京 都 市 長

あなたは、年 月 日付けで京都市「多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業」の申請をされましたが、同要綱第5条第1項に基づき不認定となりましたことを通知します。

(不認定理由)

問い合わせ先：(認定に関すること)

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課 動物愛護担当

TEL 075-222-4271

手術日程調整票

認定者の氏名 住所 飼養場所

No	犬又は猫の名前	性別	No	犬又は猫の名前	性別
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		
手術対象 <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫		メス 頭、 オス 頭 合計 頭 犬の場合犬種 _____			

犬又は猫の避妊・去勢手術の日程候補日は以下のとおりです。

_____年 _____月

月	火	水	木	金	土	日
				/	/	/
				/	/	/
				/	/	/
				/	/	/

- ①医療衛生企画課：日付を入力し、搬送実施者対応可能日に○
- ②医療衛生センター：認定者の希望日に◎
- ③医療衛生企画課：動物病院又は動物愛護センターと調整し、手術予定日を決定
医療衛生センター・搬送実施者へ伝達
- ④医療衛生センター：認定者に手術予定日連絡

手術予定日： _____年 _____月 _____日 () 時頃搬入希望 動物病院名： _____ 所在地：京都市 連絡先： _____

第7号様式（裏面）

※犬又は猫の数が多い場合、こちらに追記

No	犬又は猫の名前	性別
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

手術日程通知書

様

京 都 市 長

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第6条第2項により手術日程を調整しましたので、下記のとおり通知します。

記

動物種	犬 ・ 猫				
手術予定日時	年 月 日 時				
No	犬猫の名前	性別	No	犬猫の名前	性別
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		
<p>(注意事項)</p> <p>動物病院への搬送は京都市が委託する搬送実施者が行います。</p> <p>手術・搬送に関するお問い合わせ先： 医療衛生推進室医療衛生企画課 075-222-4271</p>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(備考)</div>					

第8号様式（裏面）

※犬又は猫の数が多い場合、こちらに追記

No	犬猫の名前	性別
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
メス 頭、オス 頭		
合計		頭

年 月 日

搬送委託連絡票

搬送実施者

様

京 都 市 長

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第6条第2項により手術日程を調整しましたので、下記のとおり通知します。

記

動物種	犬 ・ 猫				
搬送日時	手術実施施設への搬送 : 年 月 日 時 飼養場所への搬送 : 年 月 日 時				
手術予定日時	年 月 日 時				
飼い主氏名					
飼い主住所 連絡先	電話				
飼養場所					
手術実施者	動物病院 : 氏名 :				
手術実施施設所在地 連絡先	電話				
No	名前	性別	No	名前	性別
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		
(備考)					

第9号様式（裏面）

※犬又は猫の数が多い場合、こちらに追記

No	名前	性別
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
メス 頭、オス 頭		
合計		頭

搬送時間診票

記入日	年	月	日	※ 手術予定日に記入
認定者氏名				
犬猫区分	<input type="checkbox"/> 犬			<input type="checkbox"/> 猫
飼い犬猫名 ・性別	・ ちゃん ・ オス / メス			

手術予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

手術予定の飼い犬・猫の術前の状態についてお聞きします。

【問診チェック項目】

- ・ 元気 (ある ・ なし) ※なしの場合、搬送不可
- ・ 体調に問題ないか (問題ない ・ 問題あり)
※問題ありの場合、搬送不可
- ・ 前日までの食欲 (ある ・ なし) ※なしの場合、搬送不可
- ・ 手術予定日前日の24時(手術予定日の0時)から絶食しているか
 (絶食している ・ 絶食していない)
※絶食していない場合、搬送不可
- ・ 手術予定日の朝から絶水しているか
 (絶水している ・ 絶水していない)
※絶水していない場合、搬送不可

本日動物病院又は京都動物愛護センターへ搬送し、避妊・去勢手術を実施する飼い犬・猫は、認定通知書の犬猫に相違ありません。

ノミ駆除薬を犬猫の肩甲骨の間の皮膚に滴下することがあります。まれに滴下した部分の皮膚にかゆみや脱毛など一過性の異常が出る場合があります。

搬送実施者 様

担当手術実施者 様

上記内容を理解したうえで、上記飼い犬・猫の避妊・去勢手術を実施することに同意いたします。

認定者 (署名) _____

年 月 日

（宛先）京 都 市 長

住所 _____

氏名 _____

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業月間手術実績報告書
兼委託料請求書

年 月分の手術実績を下記のとおり報告し、委託料を請求します。

記

1 避妊・去勢手術を実施した頭数

合計（メス）	頭（犬 頭、 猫 頭）
合計（オス）	頭（犬 頭、 猫 頭）
※内、陰睾による開腹実施は 頭（犬 頭、 猫 頭）	

2 避妊・去勢手術を実施しなかった頭数

合計（術前健診のみ実施）	頭（犬 頭、 猫 頭）
合計（術前健診・術前準備のみ実施）	頭（犬 頭、 猫 頭）
合計（開腹まで実施）	頭（犬 頭、 猫 頭）

請求金額 _____ 円

【添付書類】・診療簿の写し ・搬送時間診票の写し

（宛先）京 都 市 長

法人の名称及び
代表者の役職・氏名

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業月間手術実績報告書
兼委託料請求書（まとめ）

年 月分の手術実績を下記のとおり報告し、委託料を請求します。

記

手術日	実施病院名	①避妊・去勢手術を実施した頭数		②避妊・去勢手術を実施しなかった頭数		
		頭数 (メス)	頭数 (オス)	ア 術前健診のみ	イ 術前健診・術前準備のみ	ウ 開腹まで実施
				頭数	頭数	頭数
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__
月 日		犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__	犬__猫__

① 避妊・去勢手術を実施した頭数

合計（メス）	犬__頭、猫__頭、合計__頭
合計（オス）	犬__頭、猫__頭、合計__頭 ※内、陰嚢による開腹実施は__頭（犬__頭、 猫__頭）

② 避妊・去勢手術を実施しなかった頭数

合計（術前健診のみ実施）	犬__頭、猫__頭、合計__頭
合計（術前健診・術前準備のみ実施）	犬__頭、猫__頭、合計__頭
合計（開腹まで実施）	犬__頭、猫__頭、合計__頭

請求金額 _____ 円

【添付書類】・診療簿の写し ・搬送時間診票の写し

年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

搬送実施者名

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業月間搬送実績報告書兼
委託料請求書

年 月分の搬送実績を下記のとおり報告し、委託料を請求します。

記

搬送の有無	搬送日 (動物病院行)	搬送日 (飼養場所行)	飼い主氏名	実施動物病院名	搬送頭数	檻貸出
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月 日	月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

請求金額 _____ 円

認定取消通知書

年 月 日

様

京 都 市 長

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第13条に基づき、認定を取り消します。

(取消理由)

問い合わせ先：(認定に関すること)

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課 動物愛護担当

TEL 075-222-4271

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業認定申請書 (緊急対応用)

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名 電話

多頭飼育崩壊防止のための避妊・去勢手術事業実施要綱第18条により準用する第4条に基づき、次の事項について確認し、事業の対象として認定を受けることを申請します。

記

- 私は、犬又は猫を、次のいずれかの頭数で飼養しています。
 - 避妊・去勢手術を受けていない犬をオスメス混在して3頭以上飼養しています。
 - 避妊・去勢手術を受けていない猫をオスメス混在して3頭以上飼養しています。
- 飼養している犬又は猫の避妊・去勢手術と搬送を依頼します。
- 本要綱の規定を遵守します。

添付書類

- 多頭飼育状況申告票（緊急対応用）（第16号様式 別紙1）
- 同意書（第2号様式）
- 誓約書（第3号様式）

収受印

多頭飼育状況申告票（緊急対応用）（猫用）

申請者の情報	氏名			
	住所等	京都市 区		
		住居形態	マンション・アパート・戸建て・その他()	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		
	性別	性別	男 ・ 女	
	連絡先	電話番号		
e-mail				

飼養場所	京都市 区		
飼養匹数	メス	頭	(うち避妊手術済 頭)
	オス	頭	(うち去勢手術済 頭)
	合計	頭	
ケージの貸出希望の有無	必要(台) ・ 必要なし		

本事業の手術対象は、あなたが飼養している避妊手術又は去勢手術を実施していない猫です。
 あなたが飼養している避妊・去勢手術を行っていない全ての猫の情報を以下に記載してください。
 (用意された枠内に収まらない場合は、裏面に記載してください)

猫の名前	性別	年齢(又は飼養歴)	毛色	病気の有無と内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				

猫の名前	性別	年齢 (又は飼養歴)	毛色	病気の有無と内容
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

多頭飼育状況申告票（緊急対応用）（犬用）

申請者の情報	氏名			
	住所等	京都市 区		
		住居形態	マンション・アパート・戸建て・その他()	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		
	性別	性別	男 ・ 女	
	連絡先	電話番号		
e-mail				
飼養場所	京都市 区			
飼養匹数	メス 頭 (うち避妊手術済 頭) オス 頭 (うち去勢手術済 頭) 合計 頭 / 犬種 _____ およその体重 kg ~ kg			
ケージの貸出希望の有無	必要 (台) ・ 必要なし			

本事業の手術対象は、あなたが飼養している避妊手術又は去勢手術を実施していない犬です。あなたが飼養している避妊・去勢手術を行っていない全ての犬の情報を以下に記載してください。(用意された枠内に収まらない場合は、裏面に記載してください)

犬の名前	性別	年齢 (又は飼養歴)	毛色	病気の有無と内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				

犬の名前	性別	年齢 (又は 飼養歴)	毛色	病気の有無と内容
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				