

真室川町告示67号

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付要綱を次のように定める。

令和8年4月1日

真室川町長 新 田 隆 治

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、適正な飼養を行うことが出来ない猫及び飼い主のいない猫の増加を防止し生活環境の向上を図ることを目的とし、猫の不妊手術及び去勢手術(以下「避妊手術」という。)に要する費用に対し、真室川町補助金等交付規則(平成28年規則第17号。以下「規則」という。)及びこの要綱に定めるところにより、予算の範囲内において補助金を交付することを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 不妊手術 獣医師が実施する雌猫の卵巣及び子宮の摘出等により生殖を不能にする手術をいう。
- (2) 去勢手術 獣医師が実施する雄猫の睪丸の摘出手術をいう。
- (3) 飼い猫 飼い主が所有又は占有の意思をもって、継続的に給餌及び給水等の世話をし、管理の実態が認められる猫をいう。
- (4) 飼い主のいない猫 前号以外の猫をいう。
- (5) 多頭飼育崩壊 猫が無秩序な飼い方によって増え、飼い主が経済的又は体力的に適切な管理が困難になった状態をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の対象となる者(以下「補助対象者」という。)は、町内に住所を有し、町税等を滞納していない者で、かつ、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

- (1) 自らが管理する飼い猫で、多頭飼育崩壊又はその恐れがあると町長が認める者

で、動物病院で避妊手術を受けさせようとする者

- (2) 近隣住民からの苦情が寄せられている飼い主のいない猫に対し、動物病院で避妊手術を受けさせる者。

2 前項の規定にかかわらず、同一の猫を対象に、国又は県その他団体から同様の補助を受ける者は、補助金の対象としないものとする。

(補助対象経費及び補助金の額)

第4条 補助金の交付の対象となる経費(以下「補助対象経費」という。)は、猫の避妊手術に要する費用とする。

2 補助金の額は、補助対象経費の額とし、次の各号に定める額を上限とする。

- (1) 不妊手術 1件につき1万円
- (2) 去勢手術 1件につき5千円

(事業実施の申込み)

第5条 補助対象者は、避妊手術を実施する前に真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業実施申込書(様式第1号)を町に提出しなければならない。

(手術の実施等)

第6条 前条による申し込みを行った補助対象者(以下「申請者」という。)は、速やかに避妊手術を実施するものとする。この場合において、避妊手術済であることが識別できるように、避妊手術を実施した猫の片方の耳にV字カットの措置を講ずることとする。

(交付申請及び実績報告書)

第7条 申請者は、避妊手術が完了したときは、避妊手術が完了した日が属する年度の3月31日までに真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付申請書兼実績報告書(様式第2号。以下「申請書兼実績報告書」という。)に次の書類を添付して、町長に提出しなければならない。

- (1) 避妊手術を実施した動物病院が発行した領収書の写し
- (2) その他町長が必要と認める書類

(交付の決定及び額の確定)

第8条 町長は、前条の規定による申請書兼実績報告書の提出を受けたときは、その内容を審査のうえ、交付の可否を決定し、真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業補助金交付(不交付)決定通知書(様式第3号)により、その旨を申請者に通知するものとする。

2 前項の規定による通知は、規則第10条の規定による補助金の額の確定通知とみなすものとする。

(補助金の返還)

第9条 町長は、申請者が虚偽又は不正の手段により補助金の交付を受けたと認められたときは、交付決定を取り消し、交付した補助金の全部又は一部の返還を命じることができる。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1号(第7条関係)

年 月 日

真室川町長 様

(申請者)住所
氏名
電話番号

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業申込書

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申し込みます。

1、事業の内容

手術の種類	手術件数	1件当たりの補助金の額(上限)	小計	補助金交付 申請予定額
不妊手術(メス)	件	円	円	円
去勢手術(オス)	件	円	円	

手術について (予定)	病院名	
	手術日	年 月 日

2、飼い主のいない猫について

確認者	住所	
	氏名	
	電話番号	

※行政区長などの近隣住民等、本人及びその家族以外の方から自署してもらうようお願いいたします。

手術を受ける猫を対象に、国、県、その他団体から同様の補助受けていません。
また、手術等に関して生じた事項等については、自己の責任で処理し、
私及び同居家族の住民登録の状況、町税等の納付状況及び課税状況を確認すること事を承諾します。

本人署名：_____

様式第2号(第9条関係)

年 月 日

真室川町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付申請書兼実績報告書

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請（報告）します。

記

補助金交付申請額	円
----------	---

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 白 ☐ 灰 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 ヲ月未満 ☐ 6 ヲ月以上～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 ヲ月未満 ☐ 1 年 6 ヲ月以上

※手術の件数が複数の場合、別紙に記入して下さい。

不妊手術又は去勢手術を実施した猫の耳の状況がわかる写真を添付してください。

手術について	病院名	
	実施日	年 月 日
	費用	円（消費税込み） ※手術費用のみ。ワクチン等手術以外の費用は除きます。

※不妊手術又は去勢手術を実施した動物病院が発行した領収書の写しを添付してください。

振込先	金融機関	
	口座番号	
	口座名義人	

※当該通帳の写しを添付してください。

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

真指令第 号

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付(不交付)決定通知書

年 月 日

記

1 補助金交付決定額 円

不妊手術（メス）	件	×	円
去勢手術（オス）	件	×	

2 補助金交付日 年 月 日