

## 令和6年度高知県不妊去勢手術等実施委託業務実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、小動物管理センター及び福祉保健所に収容された犬又は猫（高知市内で保護、引取りされた犬猫を除く。以下同じ）等に対し、動物病院で実施する検便、フィラリア検査（犬のみ対象）、猫エイズ・白血病検査（猫のみ対象）、混合ワクチン接種（幼齢等により県収容中にワクチン接種できなかった犬猫のみ）、不妊又は去勢手術（以下「不妊去勢手術等」という。）、マイクロチップの装着を実施することにより、高知県が譲渡した犬や猫がモデルとなり繁殖制限措置の普及及び譲渡の推進を図るとともに、人間と動物との調和のとれた共生社会の実現に資することを目的とする。

### (対象)

第2条 この事業の対象は、小動物管理センター及び福祉保健所に収容された犬又は猫のうち県が必要と認めた犬又は猫とする。ただし、不妊去勢手術等、マイクロチップの装着のうち収容期間中に実施していない項目がある場合は、犬猫譲受者に対し、動物病院で実施するために必要な費用について助成を受けることができる書面（以下「クーポン券」という。）を交付のうえ、不妊去勢手術等を実施できることとする。

### (定義)

第3条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、次の各号に定めるところによる。

#### (1) 犬猫譲受者

高知県犬及び猫の譲渡実施要領（平成28年5月10日施行）に基づき、高知県内（高知市を除く。以下同じ。）で保護又は引き取りにより収容した犬又は猫を譲り受けた終生飼養者又は登録団体等をいう。

#### (2) 検便

犬又は猫について、便を用いて行う寄生虫等の感染検査をいう。

#### (3) フィラリア検査

犬について、血液を用いて行うフィラリアの感染検査をいう。

#### (4) 混合ワクチン接種（7種以上）

犬について、感染症〔①ジステンパーウイルス感染症、②アデノウイルスⅠ型感染症、③アデノウイルスⅡ型感染症、④パラインフルエンザ感染症、⑤パルボウイルス感染症、⑥レプトスピラ感染症コペンハーゲン型、⑦レプトスピラ感染症カニコラ型〕に対する免疫を作るための製剤（ワクチン）を接種するものをいう。

#### (5) 不妊去勢手術

犬又は猫について、雌の妊娠する能力を永久に喪失させるために行う手術又は雄の妊娠させる能力を永久に喪失させるために行う手術をいう。

#### (6) 猫エイズ・白血病検査

猫について、血液検査により行う猫エイズウイルス感染症と猫白血病ウイルス感染症の感染

検査をいう。

(7) 混合ワクチン接種（3種）

猫について、感染症〔①猫ウイルス性鼻気管炎、②猫カリシウイルス感染症、③猫汎白血球減少症〕に対する免疫を作るための製剤（ワクチン）を接種するものをいう。

(8) マイクロチップ装着

動物の愛護及び管理に関する法律施行規則第15条第2項第3号イに規定するマイクロチップを、犬または猫の背側正中線の肩甲骨間から頸部よりの皮下へ注射し埋め込む手術を行うとともに、実施依頼者又はクーポン申請者に対して、動物の愛護及び管理に関する法律第39条の3第1項の規定に基づくマイクロチップ装着証明書を発行することをいう。

（県が支払う又は助成する額）

第4条 不妊去勢手術等について県が支払う又は助成する額は、次に掲げるとおりとする。

(1) 収容中の犬にかかる費用の支払上限又は譲渡した犬に対する助成上限額 1頭につき

検便 600円、 フィラリア検査 1,700円、

不妊手術 30,000円（雌の場合）、 去勢手術 20,000円（雄の場合）、

マイクロチップ装着 3,000円

混合ワクチン接種（7種以上） 7,500円

※県の実施依頼及びクーポン申請による助成は収容中に実施していない項目のみ

(2) 収容中の猫にかかる費用の支払上限又は譲渡した猫に対する助成上限額 1頭につき

検便 600円、猫エイズ・白血病検査 4,000円、

不妊手術 20,000円（雌の場合）、去勢手術 10,000円（雄の場合）、

マイクロチップ装着 3,000円

混合ワクチン接種（3種以上）4,000円

※県の実施依頼及びクーポン申請による助成は収容中に実施していない項目のみ

（不妊去勢手術等の委託）

第5条 県は、不妊去勢手術等を高知県内の動物病院に委託し、県が指定する動物病院において実施するものとする。ただし、公益社団法人高知県獣医師会（以下「獣医師会」という。）の会員である動物病院については、一括して獣医師会に委託するものとする。

2 前項の指定のうち獣医師会の会員である動物病院については、獣医師会から県へ事業実施可能な動物病院の名簿を提出して行うものとする。

（クーポン券による実施方法）

第6条 クーポン券の交付申請については、次のとおり行うものとする。

(1) この事業を利用してクーポン券の交付を受けようとする犬猫譲受予定者及び犬猫譲受者は、令和6年度高知県不妊去勢手術等実施申請書（様式第1号）に必要事項を記入し、譲渡日の翌月の月末又は令和7年3月10日のいずれか早い日までに、知事に申請しなければならない。

なお、クーポン券の交付を受けられる犬猫譲受者は、令和5年8月以降に県から犬猫を譲り受けたものであり、対象となる犬猫に対し当該事業のクーポン券を使用していないもの及

び獣医師の指示又は判断により一部の利用を中止しているものに限る。

(2) 申請書の受付期間は、令和6年4月1日から令和7年3月10日までとする。ただし、高知県の休日を定める条例（平成元年高知県条例第2号）に規定する県の休日を除く。

2 申請書の審査及びクーポン券交付決定に係る手続きは、次のとおり行うものとする。

(1) 申請を受けた県は、申請書に記入漏れ等の不備がないことを確認する。

(2) 県は、申請書の記載内容により、本事業で不妊去勢手術等を行うことが適当と認められる場合は、すみやかにクーポン券の交付を決定し、令和6年度高知県不妊去勢手術等実施決定通知書（様式第2号）と併せて該当のクーポン券（様式第3-1号から4号、様式第4-1から4号）を犬猫譲受者に送付する。

(3) クーポン券は、交付日以降有効とし、有効期限は、譲渡日から起算して8か月を経過する日が属する月の月末又は令和7年3月15日のいずれか早い日とする。また譲渡した犬又は猫の月齢や体調等により、これによりがたい場合で、事前の相談があり、県が適正と認める期間については、有効期限を延長する。

(4) クーポン券の交付を受けた犬猫譲受者は、当該クーポン券の使用予定がなくなった場合は、すみやかにクーポン券を県に返納しなければならない。

(5) 交付決定前の着手については、交付対象とならない。

（不妊去勢手術等の実施等）

第7条 県は、契約した動物病院を受診する際、受付時に不妊去勢手術等実施依頼書（様式第5-1号から4号、様式第6-1から4号）を提出するものとする。また、前条の規定により決定の通知を受けた犬猫譲受者は、県と契約した動物病院を受診する際、受付時にクーポン券を提出するものとする。

2 動物病院の獣医師は、県からの不妊去勢手術等実施依頼書又は犬猫譲受者が持参するクーポン券の有効期限等、記載事項や犬猫の状態等を確認のうえ、原則不妊去勢手術等実施依頼書又はクーポン券に記載のある不妊去勢手術等をすべて行うものとする。獣医師は、施術が適当でないと判断した際には、その理由を犬猫譲受者及び県に明確に説明するものとする。

3 犬猫譲受者は、原則クーポン券に記載のある不妊去勢手術等をすべて受けさせた場合に、県の助成を受けることができ、動物病院が規定する不妊手術等の料金から、第4条第1号又は同条第2号に規定する額を差し引いた額を支払うものとする。なお、獣医師が施術が適当でないと判断した際には、適当と判断された施術のみの助成を受けることができる。

4 獣医師は、不妊去勢手術等実施依頼書又はクーポン券に必要事項を記入のうえ、獣医師会の会員である場合は、獣医師会を經由して県（薬務衛生課）へ、県と直接契約を締結している場合は、県（薬務衛生課）へ、指定のあった日までに送付するものとする。

（不妊去勢手術等に伴う責任）

第8条 第5条第1項により実施する不妊去勢手術等により生じた事故及び問題等については、不妊去勢手術等実施動物病院又は獣医師会が、責任をもって処理するものとする。

(情報の開示)

第9条 この事業に関して、高知県情報公開条例（平成2年高知県条例第1号）に基づく開示請求があった場合は、同条例第6条第1項の規定による非開示項目以外の項目は、原則として開示するものとする。

(協議)

第10条 この要綱に関する疑義又は定めのない事項が生じた場合は、県が受託者と協議の上、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和6年3月25日から施行する。

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施申請書

年 月 日

高知県知事 様

〒 -

申請者 住所

ふりがな  
氏名

電話番号（日中に連絡のとれる番号）

- -

高知県から譲渡された犬又は猫にかかる不妊去勢手術等について、高知県不妊去勢手術等実施要綱第5条の規定により、同要綱による不妊去勢手術等の実施を申請します。

なお、申請するにあたり、下記2の同意事項について同意します。

記

管理番号		譲渡された日	年 月 日
種 別	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫	毛 色	
種 類	<input type="checkbox"/> 雑種	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
年（月） 齢		歳 か月（推定の場合あり）	
性 別	<input type="checkbox"/> オス ・ <input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 不妊去勢手術済	

1 譲渡動物情報

2 同意事項

- ・ 狂犬病予防法及び動物の愛護及び管理に関する法律を遵守し、適正に飼養する。
- ・ 県の助成額は、1頭当たり下表の金額を上限とし、これ以外の項目及びこれを超える費用は申請者である犬猫譲受者の負担となる。

犬		猫	
検便	600円	検便	600円
フィラリア検査	1,700円	猫エイズ・白血病検査	4,000円
不妊手術（メスの場合）	30,000円	不妊手術（メスの場合）	20,000円
去勢手術（オスの場合）	20,000円	去勢手術（オスの場合）	10,000円
マイクロチップ装着	3,000円	マイクロチップ装着	3,000円
混合ワクチン接種（7種以上）	7,500円	混合ワクチン接種（3種以上）	4,000円
<small>幼齢等により県収容中にワクチン接種できなかった犬のみ</small>		<small>幼齢等により県収容中にワクチン接種できなかった猫のみ</small>	

- ・ 獣医師の判断により、譲渡動物の年齢や体調等の理由で施術を行えない場合がある。

様式第1号（第6条関係）

- ・ 県は、手術等により生じた問題及び手術後に生じた問題について責任を負わない。

第 年 月 日

様

（クーポンNo. ）

高知県知事 濱田 省司

## 令和6年度高知県不妊去勢手術等実施決定通知書

年 月 日付けで申請のありました高知県が譲渡した犬又は猫にかかる不妊去勢手術等について、高知県不妊去勢手術等実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり実施することを決定しましたので、通知します。

つきましては、同封したクーポン券に記載された「有効期限」までに、クーポン券裏面の「県契約動物病院一覧表」に記載がある動物病院を受診し、受付時にクーポン券を提出して手術等を受けてください。

## 記

## 1 不妊去勢手術等の対象となる譲渡動物情報

管理番号		譲渡日	年 月 日
種 別	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫	毛 色	
種 類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
年（月） 齢	歳 か月（推定の場合あり）		
性 別	<input type="checkbox"/> オス ・ <input type="checkbox"/> メス ・ <input type="checkbox"/> 不妊去勢手術済		

## 2 県助成額

- 県の助成額は、1頭当たり下表の金額を上限とし、これ以外の項目及びこれを超える費用は申請者である犬猫譲受者の負担となります。

犬		猫	
検便	600円	検便	600円
フィラリア検査	1,700円	猫エイズ・白血病検査	4,000円
不妊手術（メスの場合）	30,000円	不妊手術（メスの場合）	20,000円
去勢手術（オスの場合）	20,000円	去勢手術（オスの場合）	10,000円
マイクロチップ装着	3,000円	マイクロチップ装着	3,000円
混合ワクチン接種（7種以上）	7,500円	混合ワクチン接種（3種以上）	4,000円
<small>幼齢等により県収容中にワクチン接種できなかった犬のみ</small>		<small>幼齢等により県収容中にワクチン接種できなかった猫のみ</small>	

## &lt;注意事項等&gt;

- 譲渡動物の年齢や体調等により、獣医師の判断で、手術等が行えない場合があります。
- 県は、手術等により生じた問題及び手術後に生じた問題について責任を負いません。首輪、鑑札、注射済票、迷子札、マイクロチップなどにより飼い主を明示し、狂犬病予防法に基づく年に1回の狂犬病予防注射を接種するなど、適正に飼養してください。

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業 コーポン券 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     犬・不妊手術等用                 </div>	コーポン券番号																										
犬譲受者 _____ 様 高知県から貴殿に譲渡した下記の犬について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。		有効期限 _____ 年 月 日まで																									
① 県記入欄	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 2px;">管理番号</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:15%; padding: 2px;">性別</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">年(月) 齢</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">毛色</td> <td></td> </tr> </table> 交付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日  <p style="text-align: right;">高知県知事 濱田 省司</p>		管理番号		性別		年(月) 齢		毛色																		
管理番号		性別																									
年(月) 齢		毛色																									
② 犬譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の犬に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 2px;">クーポン券使用日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td style="width:40%; padding: 2px;">来院者氏名</td> </tr> </table> (※来院者と犬猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた犬の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。		クーポン券使用日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	来院者氏名	(署名) _____																						
クーポン券使用日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	来院者氏名																									
③ 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">検便</th> <th style="width:15%;">フィラリア検査</th> <th style="width:15%;">不妊手術</th> <th style="width:15%;">マイクロチップ装着</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">実施日</td> <td style="text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施費用</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">クーポン券充当額</td> <td style="text-align: center;">(上限600円) _____ 円</td> <td style="text-align: center;">(上限1,700円) _____ 円</td> <td style="text-align: center;">(上限30,000円) _____ 円</td> <td style="text-align: center;">(上限3,000円) _____ 円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施できなかった理由</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 犬譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。			検便	フィラリア検査	不妊手術	マイクロチップ装着	実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	実施費用	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	クーポン券充当額	(上限600円) _____ 円	(上限1,700円) _____ 円	(上限30,000円) _____ 円	(上限3,000円) _____ 円	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	病院名: _____  院長または担当獣医師氏名: _____			
	検便	フィラリア検査	不妊手術	マイクロチップ装着																							
実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日																							
実施費用	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円																							
クーポン券充当額	(上限600円) _____ 円	(上限1,700円) _____ 円	(上限30,000円) _____ 円	(上限3,000円) _____ 円																							
実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済																							
注意事項	●原則すべての項目の実施が必要です。 ●クーポン券は切り離さないでください。 ●犬の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)																									





令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業 コーポン券 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     犬・不妊手術等用                 </div>	コーポン券番号																															
有効期限 年 月 日まで																																
① 県記入欄	犬譲受者 _____ 様 高知県から貴殿に譲渡した下記の犬について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">管理番号</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">性別</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年(月) 齢</td> <td></td> <td style="text-align: center;">毛色</td> <td></td> </tr> </table> 交付日： 年 月 日		管理番号		性別		年(月) 齢		毛色																							
管理番号		性別																														
年(月) 齢		毛色																														
	高知県知事 濱田 省司																															
② 犬譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の犬に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">クーポン券使用日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width:40%; text-align: center;">来院者氏名</td> </tr> </table> (※来院者と犬猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた犬の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。		クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																											
クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																														
	(署名) _____																															
③ 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">検便</th> <th style="width:15%;">フィラリア 検査</th> <th style="width:15%;">不妊手術</th> <th style="width:15%;">マイクロチップ 装着</th> <th style="width:15%;">混合ワクチン (7種以上)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">実施日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">実施費用</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">クーポン券充当額</td> <td style="text-align: center;">(上限600円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限1,700円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限30,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限3,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限7,500円) 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">実施できなかった理由</td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> </tr> </tbody> </table> □犬譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。			検便	フィラリア 検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (7種以上)	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	実施費用	円	円	円	円	円	クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限30,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限7,500円) 円	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
	検便	フィラリア 検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (7種以上)																											
実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																											
実施費用	円	円	円	円	円																											
クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限30,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限7,500円) 円																											
実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済																											
	病院名： _____																															
	院長または担当獣医師氏名： _____																															
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●原則すべての項目の実施が必要です。</li> <li>●クーポン券は切り離さないでください。</li> <li>●犬の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。</li> </ul>	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)																														



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業 コーポン券 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     犬・去勢手術等用                 </div>	コーポン券番号																															
有効期限 年 月 日まで																																
① 県記入欄	犬譲受者 _____ 様 高知県から貴殿に譲渡した下記の犬について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">管理番号</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">性別</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年(月) 齢</td> <td></td> <td style="text-align: center;">毛色</td> <td></td> </tr> </table> 交付日： 年 月 日		管理番号		性別		年(月) 齢		毛色																							
管理番号		性別																														
年(月) 齢		毛色																														
	高知県知事 濱田 省司																															
② 犬譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の犬に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">クーポン券使用日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width:40%; text-align: center;">来院者氏名</td> </tr> </table> (※来院者と犬猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた犬の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。		クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																											
クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																														
	(署名) _____																															
③ 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">検便</th> <th style="width:15%;">フィラリア 検査</th> <th style="width:15%;">去勢手術</th> <th style="width:15%;">マイクロチップ 装着</th> <th style="width:15%;">混合ワクチン (7種以上)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>実施費用</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td>クーポン券充当額</td> <td style="text-align: center;">(上限600円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限1,700円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限20,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限3,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限7,500円) 円</td> </tr> <tr> <td>実施できなかった理由</td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 犬譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。			検便	フィラリア 検査	去勢手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (7種以上)	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	実施費用	円	円	円	円	円	クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限7,500円) 円	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
	検便	フィラリア 検査	去勢手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (7種以上)																											
実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																											
実施費用	円	円	円	円	円																											
クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限7,500円) 円																											
実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済																											
	病院名： _____																															
	院長または担当獣医師氏名： _____																															
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●原則すべての項目の実施が必要です。</li> <li>●クーポン券は切り離さないでください。</li> <li>●犬の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。</li> </ul>	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)																														



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業 コーポン券 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     猫・不妊手術等用                 </div>	コーポン券番号																										
猫譲受者 _____ 様 高知県から貴殿に譲渡した下記の猫について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。		有効期限 _____ 年 月 日まで																									
① 県記入欄	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 2px;">管理番号</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:15%; padding: 2px;">性別</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">年(月) 齢</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">毛色</td> <td></td> </tr> </table> 交付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日  <p style="text-align: right;">高知県知事 濱田 省司</p>		管理番号		性別		年(月) 齢		毛色																		
管理番号		性別																									
年(月) 齢		毛色																									
② 猫譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の猫に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 2px;">クーポン券使用日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td style="width:40%; padding: 2px;">来院者氏名</td> </tr> </table> (※来院者と猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた猫の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。		クーポン券使用日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	来院者氏名	(署名) _____																						
クーポン券使用日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	来院者氏名																									
③ 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">検便</th> <th style="width:15%;">猫エイズ・ 白血球検査</th> <th style="width:15%;">不妊手術</th> <th style="width:15%;">マイクロチップ 装着</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">実施日</td> <td style="text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施費用</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">クーポン券充当額</td> <td style="text-align: center;">(上限600円) _____ 円</td> <td style="text-align: center;">(上限4,000円) _____ 円</td> <td style="text-align: center;">(上限20,000円) _____ 円</td> <td style="text-align: center;">(上限3,000円) _____ 円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施できなかった理由</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> </tr> </tbody> </table> □猫譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。			検便	猫エイズ・ 白血球検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	実施費用	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	クーポン券充当額	(上限600円) _____ 円	(上限4,000円) _____ 円	(上限20,000円) _____ 円	(上限3,000円) _____ 円	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	病院名: _____  院長または担当獣医師氏名: _____			
	検便	猫エイズ・ 白血球検査	不妊手術	マイクロチップ 装着																							
実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日																							
実施費用	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円																							
クーポン券充当額	(上限600円) _____ 円	(上限4,000円) _____ 円	(上限20,000円) _____ 円	(上限3,000円) _____ 円																							
実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済																							
注意事項	●原則すべての項目の実施が必要です。 ●クーポン券は切り離さないでください。 ●猫の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)																									



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業 コーポン券 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> <b>猫・去勢手術等用</b> </div>	コーポン券番号																										
猫譲受者 _____ 様 高知県から貴殿に譲渡した下記の猫について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。		有効期限 _____ 年 月 日まで																									
①県記入欄	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 2px;">管理番号</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:15%; padding: 2px;">性別</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">年(月) 齢</td> <td></td> <td style="padding: 2px;">毛色</td> <td></td> </tr> </table> 交付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日  <div style="text-align: right;">高知県知事 濱田 省司</div>		管理番号		性別		年(月) 齢		毛色																		
管理番号		性別																									
年(月) 齢		毛色																									
②猫譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の猫に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 2px;">クーポン券使用日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width:40%; padding: 2px;">来院者氏名</td> </tr> </table> (※来院者と猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた猫の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。		クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名	(署名) _____																						
クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																									
③動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">検便</th> <th style="width:15%;">猫エイズ・ 白血球検査</th> <th style="width:15%;">去勢手術</th> <th style="width:15%;">マイクロチップ 装着</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">実施日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施費用</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">クーポン券充当額</td> <td style="text-align: center;">(上限600円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限4,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限10,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限3,000円) 円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施できなかった理由</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> </tr> </tbody> </table>			検便	猫エイズ・ 白血球検査	去勢手術	マイクロチップ 装着	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	実施費用	円	円	円	円	クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限10,000円) 円	(上限3,000円) 円	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	□猫譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。  病院名: _____  院長または担当獣医師氏名: _____
	検便	猫エイズ・ 白血球検査	去勢手術	マイクロチップ 装着																							
実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																							
実施費用	円	円	円	円																							
クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限10,000円) 円	(上限3,000円) 円																							
実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済																							
注意事項	●原則すべての項目の実施が必要です。 ●クーポン券は切り離さないでください。 ●猫の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)																									



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業 コーポン券 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     猫・不妊手術等用                 </div>	コーポン券番号																															
有効期限 年 月 日まで																																
① 県記入欄	猫譲受者 _____ 様 高知県から貴殿に譲渡した下記の猫について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">管理番号</td> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">性別</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年(月) 齢</td> <td></td> <td style="text-align: center;">毛色</td> <td></td> </tr> </table> 交付日： 年 月 日		管理番号		性別		年(月) 齢		毛色																							
管理番号		性別																														
年(月) 齢		毛色																														
	高知県知事 濱田 省司																															
② 猫譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の猫に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">クーポン券使用日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width:20%; text-align: center;">来院者氏名</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> </table> (※来院者と猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた猫の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。		クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																											
クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名																														
	(署名) _____																															
③ 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。																															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">検便</th> <th style="width:15%;">猫エイズ・ 白血病検査</th> <th style="width:15%;">不妊手術</th> <th style="width:15%;">マイクロチップ 装着</th> <th style="width:15%;">混合ワクチン (3種以上)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>実施費用</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td>クーポン券充当額</td> <td style="text-align: center;">(上限600円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限4,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限20,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限3,000円) 円</td> <td style="text-align: center;">(上限4,000円) 円</td> </tr> <tr> <td>実施できなかった理由</td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>幼齢のため  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> <td> <input type="checkbox"/>健康上の理由  <input type="checkbox"/>既に実施済                 </td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 猫譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。			検便	猫エイズ・ 白血病検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (3種以上)	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	実施費用	円	円	円	円	円	クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限4,000円) 円	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
	検便	猫エイズ・ 白血病検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (3種以上)																											
実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																											
実施費用	円	円	円	円	円																											
クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限4,000円) 円																											
実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済																											
	病院名： _____																															
	院長または担当獣医師氏名： _____																															
注意事項	●原則すべての項目の実施が必要です。 ●クーポン券は切り離さないでください。 ●猫の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)																														



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		クーポン券番号				
クーポン券		有効期限 年 月 日まで				
猫・去勢手術等用						
① 県記入欄	猫譲受者 _____ 様 高知県から貴院に譲渡した下記の猫について、繁殖制限手術等用クーポン券を交付します。					
	管理番号	性別				
	年(月) 齢	毛色				
	交付日: 年 月 日					
	高知県知事 濱田 省司					
② 猫譲受者記入欄	動物病院長 様 上記の猫に対する繁殖制限手術等について、高知県から交付されたクーポン券を使用します。					
	クーポン券使用日	年 月 日	来院者氏名			
	(※来院者と猫譲受者が異なる場合は、委任にかかる署名が必要です) 私は、譲り受けた猫の受診及びクーポン券の使用を上記の者に委任します。					
	(署名) _____					
③ 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したため、使用したクーポン券充当額を報告します。					
		検便	猫エイズ・ 白血病検査	去勢手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (3種以上)
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	円	円	円	円	円
	クーポン券充当額	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限10,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限4,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
		<input type="checkbox"/> 猫譲受者へマイクロチップ装着証明書を発行しました。				
	病院名: _____					
	院長または担当獣医師氏名: _____					
注意事項	●原則すべての項目の実施が必要です。 ●クーポン券は切り離さないでください。 ●猫の体調等により有効期限内の手術が難しい場合は、必ず有効期限内にご相談ください。			<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)		
						

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号	
犬・不妊手術等用		実施期限 年 月 日まで			
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の犬に対する繁殖制限手術等について依頼します。				
	管理番号		鑑札		
	名前		毛色		
	性別		種類		
	生年月日 年(月) 齢		その他 特徴		
依頼日： 年 月 日					
高知県知事 濱田 省司					
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。				
		検便	フィラリア検査	不妊手術	マイクロチップ 装着
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限30,000円) 円	(上限3,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____					
院長または担当獣医師氏名： _____					
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。 ●依頼書は切り離さないでください。				
	<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)				



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号	
犬・去勢手術等用		実施期限 年 月 日まで			
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の犬に対する繁殖制限手術等について依頼します。				
	管理番号		鑑札		
	名前		毛色		
	性別		種類		
	生年月日 年(月) 齢		その他 特徴		
依頼日： 年 月 日					
高知県知事 濱田 省司					
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。				
		検便	フィラリア検査	去勢手術	マイクロチップ装着
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____					
院長または担当獣医師氏名： _____					
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。 ●依頼書は切り離さないでください。			<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)	
					

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号		
犬・不妊手術等用		実施期限 年 月 日まで				
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の犬に対する繁殖制限手術等について依頼します。					
	管理番号		鑑札			
	名前		毛色			
	性別		種類			
	生年月日 年(月) 齢		その他 特徴			
依頼日： 年 月 日						
高知県知事 濱田 省司						
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。					
		検便	フィラリア 検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (7種以上)
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限30,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限7,500円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____						
院長または担当獣医師氏名： _____						
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。		<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)			
	●依頼書は切り離さないでください。					
						

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号		
犬・去勢手術等用		実施期限 年 月 日まで				
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の犬に対する繁殖制限手術等について依頼します。					
	管理番号		鑑札			
	名前		毛色			
	性別		種類			
	生年月日 年(月) 齢		その他 特徴			
依頼日： 年 月 日						
高知県知事 濱田 省司						
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の犬に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。					
		検便	フィラリア 検査	去勢手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (7種以上)
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限1,700円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限7,500円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____						
院長または担当獣医師氏名： _____						
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。		<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)			
	●依頼書は切り離さないでください。					
						

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号	
猫・不妊手術等用		実施期限 年 月 日まで			
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の猫に対する繁殖制限手術等について依頼します。				
	管理番号				
	名 前		毛 色		
	性 別		種 類		
	生年月日 年（月） 齢		その他 特徴		
依頼日： 年 月 日					
高知県知事 濱田 省司					
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。				
		検便	猫エイズ・ 白血病検査	不妊手術	マイクロチップ 装着
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____					
院長または担当獣医師氏名： _____					
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●原則すべての項目実施後にご報告ください。</li> <li>●依頼書は切り離さないでください。</li> </ul>		<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)		
					

令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号	
猫・去勢手術等用		実施期限 年 月 日まで			
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の猫に対する繁殖制限手術等について依頼します。				
	管理番号				
	名前		毛色		
	性別		品種		
	生年月日 年(月) 齢		その他 特徴		
依頼日： 年 月 日  高知県知事 濱田 省司					
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。				
		検便	猫エイズ・ 白血病検査	去勢手術	マイクロチップ 装着
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限10,000円) 円	(上限3,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____  院長または担当獣医師氏名： _____					
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。 ●依頼書は切り離さないでください。		<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)		



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号		
猫・不妊手術等用		実施期限 年 月 日まで				
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の猫に対する繁殖制限手術等について依頼します。					
	管理番号					
	名 前		毛 色			
	性 別		種 類			
	生年月日 年 (月) 齢		その他 特徴			
依頼日： 年 月 日						
高知県知事 濱田 省司						
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。					
		検便	猫エイズ・ 白血病検査	不妊手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (3種以上)
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限20,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限4,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____						
院長または担当獣医師氏名： _____						
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。 ●依頼書は切り離さないでください。		<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)			



令和6年度高知県不妊去勢手術等実施事業		不妊去勢手術等実施依頼書		依頼書番号		
猫・去勢手術等用		実施期限 年 月 日まで				
① 県記入欄	動物病院長 様 下記の猫に対する繁殖制限手術等について依頼します。					
	管理番号					
	名前		毛色			
	性別		種類			
	生年月日 年(月) 齢					
依頼日： 年 月 日						
高知県知事 濱田 省司						
② 動物病院記入欄	高知県知事 様 上記の猫に繁殖制限手術等を実施したことを報告します。					
		検便	猫エイズ・ 白血病検査	去勢手術	マイクロチップ 装着	混合ワクチン (3種以上)
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	実施費用	(上限600円) 円	(上限4,000円) 円	(上限10,000円) 円	(上限3,000円) 円	(上限4,000円) 円
	実施できなかった理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 幼齢のため <input type="checkbox"/> 既に実施済	<input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> 既に実施済
病院名： _____						
院長または担当獣医師氏名： _____						
注意事項	●原則すべての項目実施後にご報告ください。		<お問合せ先> 高知県健康政策部薬務衛生課 電話088-823-9673 (平日8:30-12:00/13:00-17:15)			
	●依頼書は切り離さないでください。					