

大阪市「多頭飼育崩壊防止を目的とした 飼い猫の不妊・去勢手術助成事業」実施要領

1 趣旨

この要領は、「大阪市『多頭飼育崩壊防止を目的とした飼い猫の不妊・去勢手術助成事業』実施要綱」(以下「要綱」という。)の規定に基づいて大阪市が実施する事業(以下「本事業」という。)について、必要な事項を定めるものである。

2 申請

(1) 要綱第6条による申請をしようとする者は、次の書類を2部ずつ各区保健福祉センター(以下「センター」という。)に提出する。

ア 「多頭飼育崩壊防止を目的とした飼い猫の不妊・去勢手術助成事業申請書」(様式第1号)

イ 「同意書」(様式第2号)

ウ 「誓約書」(様式第3号)

(2) センターは、申請に必要な書類が備わっていること及び健康局生活衛生部生活衛生課(以下「生活衛生課」という。)に本事業の予算が上限に達していないことを確認し、書類を受け付ける。

3 飼養状況等調査

センターは、要綱第7条の規定に基づき申請者の住所地を訪問し、「飼い猫の飼養状況等調査票」(様式第14号)(以下「飼養状況等調査票」という。)により、申請内容と飼養状況が合致しているか否かを調査する。

4 申請書等の送付

センターは、申請書等のうち1部を保管するとともに、申請書等及び飼養状況等調査票を生活衛生課へ送付する。

5 審査

生活衛生課はセンターから送付された書類を受け、必要な書類が備わっており記載事項に漏れないこと及び要綱第5条各号の条件に該当しているか否かを審査する。

なお、要綱第5条第1号及び2号の審査にあたっては、「住民票の写し等の公用請求について(依頼)」(様式第20号)により、該当区役所窓口サービス担当課あて住民情報の公用請求を行い、申請者が属する世帯構成員を確認するとともに、各世帯構成員の市民税課税状況について該当区を管轄する財政局市税事務所に確認する。

6 認定

生活衛生課は、5の審査の結果、本事業の対象者として認定すると判断した場合は、申請者を認定者として認定し、本事業の手術の対象となる飼い猫を認定猫とする。認定後は「認定通知書」(様式第4号)に認定猫毎に発行する「認定書」(様式第5号)を付して、認定者に通知する。なお、「認定書」の写し(3部)をセンターへ送付する。

また、5の審査の結果、本事業の認定の対象外であると判断した場合は、「不認定通知書」(様式第6号)により申請者に通知する。

7 手術

(1) 手術の実施機関

手術は委託動物病院において実施する。

(2) 手術の日程調整

- ア センターは、認定者に複数の手術希望日を確認し、「手術日程調整票」(様式第 15 号)に必要事項を記載のうえ、「認定書」の写し(2部)とともに管轄の保健所生活衛生監視事務所(以下「監視事務所」という。)に送付する。
- イ 監視事務所はアの手術日程調整票に搬送可能な候補日を記載し、動物管理センター分室(以下「分室」という。)に「認定書」の写し(1部)とともに送付する。
- ウ 分室は、イの手術日程調整票のうち、監視事務所が搬送可能な日程で手術が可能な委託動物病院を調整後、手術日程調整票に当該委託動物病院の情報及び手術予定日を記載し、センター及び監視事務所へ送付する。
- エ センターは、「手術日程通知書」(様式第7号)により、認定者に手術予定日を通知するとともに、術前の注意事項を説明する。

(3) 認定猫の搬送

- ア 認定者は「搬送依頼書」(様式第9号)により監視事務所に認定猫の搬送を依頼する。
- イ 認定者は手術前夜の0時以降から絶食させた認定猫を洗濯ネットに入れた状態で搬送用ケージに入れ、搬送に備える。
- ウ 監視事務所は手術日に認定者の住所地を訪問し、認定者から「手術申込書」(様式第 8 号)及び「認定書」を徴取し、「搬送時間診票」(様式第 16 号)により認定者に問診を行うとともに署名させる。認定猫の入った搬送用ケージを受け取り、手術実施予定の委託動物病院に搬送する。
監視事務所は委託動物病院に到着後、認定猫とともに「手術申込書」、「搬送時間診票」、「手術不適理由書(動物病院⇒監視事務所⇒所有者通知用)」及び「手術不適理由書(動物病院⇒生活衛生課報告用)」(様式第 18 号)並びに「認定書」を引き渡すとともに、持参した「ノミ駆除薬」により必要に応じ処置してもらう。
- エ 認定者の都合により、手術日に認定猫の搬送準備ができなかった場合は、監視事務所は「搬送不可理由書」(様式第 17 号)を作成し認定者に交付するとともにその控えに署名させ、委託動物病院に連絡のうえ手術日を延期する。

なお、認定の有効期限内であれば、(2)アの日程調整を改めて行い、手術日を決定する。

- オ 認定者の都合により認定の有効期限までに認定猫の手術を受けられなかった場合は、監視事務所は「認定書」の写し及び認定者に署名させた「搬送不可理由書」の写しを生活衛生課へ送付する。生活衛生課は「認定者取消通知書」(様式第 13 号)により、認定者に認定の取消しを通知するとともに、「認定者取消通知書」の写しをセンターへ送付する。

(4) 手術の実施方法等

- ア 委託動物病院は認定猫の術前検査を行い、その結果手術実施適合と判断した場合にのみ手術を実施する。
- イ 手術は全身麻酔下で実施し、メスは卵巣子宮全摘出手術を、オスは精巣全摘出手術を実施する。
- ウ 手術にあたり、メス猫は開腹手術を実施した跡がないか十分に確認し、開腹手術を実施した跡がある場合は、手術不適として手術を実施しない。
- エ 皮膚の縫合は吸収糸を使用し、埋没縫合により行う。
- オ 感染防止のため、抗生物質投与等の措置を行う。
- カ 委託動物病院は手術実施猫を1泊入院させ、監視事務所は手術日の翌日に委託動物病院で手術実施猫を受け取り、認定者の住所地に搬送する。
- キ 要綱第 11 条第2項で手術を実施しなかった場合の取扱いについては次のとおりとする。

(ア) 委託動物病院は手術不適と判断した認定猫について、「手術不適理由書(動物病院⇒監視事務所⇒所有者通知用)」とともに監視事務所に引き渡す。監視事務所は未

手術の認定猫を認定者に返還し、当該「手術不適理由書」を認定者に渡し、手術不適となった理由を説明する。

(イ) 委託動物病院は「手術不適理由書(動物病院⇒生活衛生課報告用)」及び当該猫の認定書を生活衛生課へ送付する。

(ウ) 「手術不適理由書」を受け付けた生活衛生課は認定者に「認定猫取消通知書」(様式第 10 号)を通知するとともに、その写しをセンター及び監視事務所に送付する。

ク 手術実施後 14 日間以内に手術実施猫に手術を原因とする健康不良が発生した場合、原則、監視事務所が「術後ケア問診票」(様式第 21 号)により認定者から手術実施猫の症状を聞き取り、その症状を委託動物病院等に伝え、対応について指示を仰ぎ、認定者に伝えるとともに、診察又は処置を要する場合は、当該手術を実施した委託動物病院等と調整のうえ対応する。

(5) オス猫の手術

ア (4)キにより手術不適として認定者にメス猫を返還する際には、監視事務所は認定者に対し、飼養する未手術のメス猫をオスの飼い猫と隔離するよう指導する。

イ 認定者は、オス猫の手術を受けるため、「多頭飼育崩壊防止を目的とした飼い猫の不妊・去勢手術助成事業変更申請書」(様式第 11 号)を2部センターに提出し、認定猫の変更を申請する。センターは受け付けた「多頭飼育崩壊防止を目的とした飼い猫の不妊・去勢手術助成事業変更申請書」の1部を生活衛生課に送付する。

ウ 生活衛生課は認定者に「認定変更通知書」(様式第 12 号)により認定猫の変更を通知するとともに、認定者が飼育するオス猫毎に新たに発行した「認定書」を送付する。

8 術後調査

センターは、本事業による手術後3～6か月の間に、アフターフォローとして飼い猫の飼養状況を「手術後調査票」(様式第 19 号)により調査し、必要に応じ、猫の所有者に対し適正飼養の指導を行う。

9 認定の取消

生活衛生課は、認定者が要綱第 14 条各号に該当し、認定の取消しを決定した場合は、「認定者取消通知書」により認定者に対し認定の取消を通知する。

10 調査等

生活衛生課は必要があると認める場合、事業の実施状況等について受託者から報告を求め又は調査を行う。

附 則

この要領は令和5年 12 月 15 日より施行する。

附 則

この要領は令和6年2月5日より施行する。

附 則

この要領は令和6年4月1日より施行する。

附 則

この要領は令和7年4月1日より施行する。

飼い猫の飼養状況等調査票						
調査日： 年 月 日				センター 記載	生活衛生課 記載	
調査者：				申請書等 との相違	審査	
申請者氏名						
申請者住所						
連絡先						
同居家族		なし ・ あり （続柄： ）				
認 定 判 定 チ ェ ッ ク 項 目	動物の飼養状況について					
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	未手術猫をオスメス合わせて３匹以上飼養している。				
		未手術猫 匹（メス 匹、 オス 匹） 手術済猫 匹（メス 匹、 オス 匹） 計 <u> </u> 匹				
		犬 頭 ・ その他				
		→飼養する犬猫の合計数が10以上の場合は大阪府の届出を指導する 【 届出済 ・ 指導 】				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	室内飼養をしている、又は今後は室内飼養をすると誓約している。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飼い猫の給餌、給水及び健康管理を適切に行っている、又は今後は適正に管理すると誓約している。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	手術を希望する猫は、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。				
	適正飼養状況（衛生環境）について					
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	強烈な動物のにおいを感じない。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	人に迷惑をかけるような鳴き声その他の動物の飼養に起因する音が発生していない。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	動物の毛が著しく飛散していない。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	動物の排せつ物が目につかない。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	衛生害虫が多数発生していない。				
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	地域住民から動物の飼養に起因する苦情等がない。				
	適正飼養状況（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。				
(備考欄)				※生活衛生課記載		
「適正飼養状況（衛生環境）について」の項目で「いいえ」を選び、それが猫の飼養に因る場合は、当該項目に注釈（＊）を付記 ⇒飼い主に対して手数料を免除した猫の引取りについて説明 ＊ 当該事態は猫の飼養に伴い発生している				飼養状況等調査の結果		
				適 ・ 不適		

手術日程調整票

年 月 日	区	部生活衛生監視事務所
年 月 日	生活衛生監視事務所 ⇒	動物管理センター分室
年 月 日	動物管理センター分室	区・部生活衛生監視事務所

認定者 氏名・住所等				
	認定番号	猫の名前	性別	有効期限
1				
2				
3				
4				
5				
手術対象猫		メス_____匹、オス_____匹 合計_____匹		

猫の不妊・去勢手術の日程候補日は以下のとおりです。_____年 _____月～ _____月

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

認定者の希望日の日付を各セル左側に入力（区）
⇒日付が入っているセルのうち監視事務所対応可能日は各セル右側に○（監視事務所）
⇒手術日程を調整し手術予定日を決定（動物管理センター分室）
⇒区・監視事務所へ伝達（動物管理センター分室）

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

搬送時間診票

記入日	年 月 日	記入者	
所属			
連絡先			
認定者氏名			

飼い猫名： ちゃん （認定番号 ）

手術予定日： 年 月 日 ()

手術予定の飼い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
- ・ 本日絶食しているか （ 絶食している ・ 絶食していない ）

□ 絶食していない場合は麻酔時に誤嚥し、死亡するなど事故につながるおそれがあります。

□ 本日動物病院へ搬送し、不妊・去勢手術を実施する飼い猫は、
認定書の猫（認定番号 ）に相違ありません。

□ ノミがいる場合、ノミ駆除薬を猫の肩甲骨の間の皮膚に滴下処置します。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。

大阪市長 様

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

認定者（署名）

搬送不可理由書

年 月 日

様

大阪市長

本日手術を予定していた次の認定猫については、右欄の理由により動物病院へ搬送できませんでした。

認定番号	猫の名前	理由
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()
		・ 食欲がないなどの体調不良 ・ その他 ()

上記内容を確認し、受け取りました。

(署名) _____

搬送不可理由書

年 月 日

様

大阪市長

本日手術を予定していた次の認定猫については、右欄の理由により動物病院へ搬送できませんでした。

[illegible]

手術不適理由書

認定者： 様

猫の名称： 認定番号：

手術予定日： 年 月 日（ ）

上記の猫は、次の理由により、手術不適と判断しましたので、手術は実施せず、返却します。

- ☐ 術前検査で_____に異常が認められたため
- ☐ 術前検査で_____の疾患が認められるため
(当該疾患について治療することを勧めます)
- ☐ 性別がオスであることが判明したため
- ☐ 過去に不妊・去勢手術を実施済みであったため
- ☐ その他（ ）

年 月 日

動物病院名

獣医師名

手術不適理由書

認定者： 様

猫の名称： 認定番号：

手術予定日： 年 月 日（ ）

上記の猫は、次の理由により、手術不適と判断しましたので、手術は実施せず、返却します。

- ☐ 術前検査で_____に異常が認められたため
- ☐ 術前検査で_____の疾患が認められるため
(当該疾患について治療することを勧めます)
- ☐ 性別がオスであることが判明したため
- ☐ 過去に不妊・去勢手術を実施済みであったため
- ☐ その他（ ）

年 月 日

大阪市長

手術後調査票

調査日：年 月 日（手術後調査 回目）

調査者：

所有者氏名： ☐ 飼養状況調査時と変更なし

所有者住所：

連絡先：

同居家族： なし ・ あり（続柄： ）

返却

<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未返却	エリザベスカラー 未返却の場合： <input type="checkbox"/> 紛失・破損等により返却不可能
<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未返却	ケージ 未返却の場合： <input type="checkbox"/> 紛失・破損等により返却不可能

動物の飼養状況について

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	手術した猫は術後の経過も問題なく元気である。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	前回調査時より動物の数が増えていない。 ・手術猫 匹 ・未手術猫 匹（うち、メス 匹、オス 匹） ・犬 頭 ・その他 →飼養する犬猫の合計数が10以上の場合は大阪府の届出を指導する 【 届出済 ・ 指導 】
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	室内飼養をしている。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飼い猫の給餌、給水及び健康管理を適切に行っている。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	所有者は、自身が何匹動物を飼養しているかを把握している。

衛生環境について

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	強烈な動物のにおいを感じない。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	鳴き声その他の動物の飼養に起因する音が頻繁に発生していない。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	動物の毛が著しく飛散していない。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	動物の排せつ物が目につかない。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	害虫が多数発生していない。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	地域住民から動物の飼養に起因する苦情等がない。

(備考欄) 指導事項等

健第 号
年 月 日

区長 様

健康局生活衛生部
生活衛生課長
(担当：乳肉衛生・動物管理グループ)

住民票の写しの公用請求について（依頼）

標題について、事務取扱い上必要となるため、以下の事由により請求します。

記

1 必要とする者

氏 名	(申請者)	(続柄)	(生年月日	年	月	日)
		(続柄)	(生年月日	年	月	日)
		(続柄)	(生年月日	年	月	日)
		(続柄)	(生年月日	年	月	日)
		(続柄)	(生年月日	年	月	日)
住 所	大阪市 区					

2 必要な書類

申請者の属する世帯構成員全員の住民票の写し 1 枚

3 法令で定められた事務の種類

多頭飼育崩壊防止を目的とした飼い猫の不妊・去勢手術助成事業に係る業務

4 根拠となる法令の条項

大阪市「多頭飼育崩壊防止を目的とした飼い猫の不妊・去勢手術助成事業」
実施要綱第 8 条第 2 項

5 住民票の記載事項の利用目的

上記事業の申請者が市民税非課税世帯に属していることを確認するうえで、申請者の属する世帯構成員全員の住民情報を確認するため。

術後ケア問診票

認定者氏名・住所・連絡先等			
認定猫名（認定 No.）		（No. ）	
手術した動物病院			
手術日		年 月 日	
対応者（所属）			
問合せ日	年 月 日	回答日時	年 月 日（ : ）

※以下を聴き取り、手術した動物病院へ症状を伝え、獣医師の指示を飼い主へ伝えてください。

《 術後の症状について（普段を 10 としたとき） 》

- ・ 元気： 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
- （ 様子： ぐったりしている ）
- （ 状態： 横たわったまま ・ スフィンクス様座り ）
- ・ 食欲： 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
- ・ 飲水（量や回数）： いつもどおり ・ 少なくなった ・ 多くなった ・ 不明
- ・ 排便： いつもどおり ・ 下痢 ・ 不明 ・ その他
- ・ 排尿： いつもどおり ・ 回数多い ・ 不明 ・ その他
- ・ 呼吸： いつもどおり ・ 荒い ・ 口を開けている ・ その他
- ・ 吐く： ない ・ ある （ ある場合は以下を聴き取り ）
- 吐いたもの（透明の液体 ・ 黄色の液体 ・ 血 ・ 食べたもの ・ その他）
- 吐いた回数 ： 回／日
- 普段から吐く ： はい ・ いいえ

【飼い猫名 (No.) :

】

《 その他の気になる症状について 》

- ☐ 手術したところをなめて (赤くはれている ・ はれていない ・ 不明)
- ☐ 手術したところから出血している (血がにじむ ・ 血が垂れる ・ 出血なし)
- ☐ 傷口 (開いている ・ 開いていない)
- ☐ 処方した薬を飲んでいるか (はい ・ いいえ ・ 処方なし)
- ☐ エリザベスカラーをしているか (はい ・ いいえ)
- ☐ その他 (熱っぽい 、 ふるえている 、 いつもと違う行動をする 等)

【 具体的な気になる症状 】

【 獣医師確認内容 】

確認日時 : 年 月 日 (時 分)

動物病院名 (所在地) :

獣医師名 :