地域猫不妊去勢手術費補助事業受付チェックリスト

令和　　　年　　　月　　　日

住所:

相談者氏名:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 項目 | 備考 | チェック |
| １ | 愛知県の「所有者のいない猫の適正管理マニュアル」の活動を理解しているか。  未確認であれば、マニュアルを渡し、説明  を行った結果、活動を理解したか。 |  | 適・不適 |
| ２ | 不妊・去勢の手術のみの活動ではなく、トイレや餌やりも含めた活動と理解しているか。 |  | 適・不適 |
| ３ | 適切な餌やりを行う予定か。  ※置き餌は不可、しっかり餌の回収を行うこと | 【時間】  　　　時頃 | 適・不適 |
| ４ | トイレの設置場所の選定・清掃をキチンと行うか。  ※清掃は毎日もしくは週１回など決めているか。 |  | 適・不適 |
| ５ | メンバー内で役割分担（手術、餌やり、トイレの管理）等をしているか。 |  | 適・不適 |
| ６ | 活動に伴うトラブル（餌やり、フン尿等）が起きたときに　責任を持って対処する意思があるか。 |  | 適・不適 |
| ７ | 飼い猫を捕獲することがないような活動を想定しているか。（猫の看板、回覧等の対策） |  | 適・不適 |
| ８ | 耳カットを行うことを理解しているか。  （マイクロチップ不可） |  | 適・不適 |
| ９ | 地域猫活動に対する確認者の記載はあるか。 |  | 適・不適 |
| 10 | 不妊去勢手術費用の補助金であること理解しているか（不妊去勢済み診察代、ケガの治療は対象外） |  | 適・不適 |

窓口確認者：

その他確認事項　　特になし　・　以下のとおり

・

・