

様式第9号（第12条関係）

年 月 日

光市長 様

申請者 地域猫活動地域名（自治会等名称）

自治会等代表者 住所

氏名

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話 （ — — ）

飼い主のいない猫適正管理地域等現況報告書

光市飼い主のいない猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第12条第2号の規定により、飼い主のいない猫適正管理活動地域現況報告書を提出します。

1 活動内容等の変更について（該当の記号を○で囲んでください）

ア 変更はありません。

イ 以下の事項について変更がありました。（該当の項目を○で囲んでください。）

・ 管理責任者

（新）住所

氏名

電話

・ 給餌場等の変更（変更後の場所等を記入してください。）

（給餌）①場所（構成員敷地内・他所有者敷地内）

※個人所有地の場合、土地所有者名等についても記載してください。

②給餌の回数及び時間帯

（排泄）①場所（構成員敷地内・他所有者敷地内）

※個人所有地の場合、土地所有者名等についても記載してください。

②排泄の場の清掃回数及び時間帯

※ 変更後の場所を図示した地図を添付してください。

・ 給餌・排泄の担当者（複数の変更がある場合は別紙に記載し添付してください。）

（旧）：前回報告時 ⇒ （新）

氏名

氏名

住所

連絡先

地域登録番号

2 管理している猫

(1)頭数	前 回 報 告 時 点 (内)不妊・去勢手術済		オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
	今 年 度 報 告 時 点 (内)不妊・去勢手術済		オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
	増 減 (内)不妊・去勢手術済		オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
(2)増減の内訳	増	遺 棄 (内)不妊・去勢手術済	オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
		迷 い 猫 (内)不妊・去勢手術済	オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
		出 産 (内)不妊・去勢手術済	オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
	減	譲 渡 (内)不妊・去勢手術済	オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
		行方不明 (内)不妊・去勢手術済	オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
		死 亡 (内)不妊・去勢手術済	オス (内)	頭 頭	メス (内)	頭 頭	不明 頭
(3)内訳 ※不妊・去勢手術費用の補助を受けている猫の番号を○で囲んでください。							
No	性 別	毛 色	推定 年齢	特 徴	識 別 措 置 有無・種類	補助の 有・無	
1	オス・メス・不明・手術済						
2	オス・メス・不明・手術済						
3	オス・メス・不明・手術済						
4	オス・メス・不明・手術済						
5	オス・メス・不明・手術済						
6	オス・メス・不明・手術済						
7	オス・メス・不明・手術済						
8	オス・メス・不明・手術済						
9	オス・メス・不明・手術済						
10	オス・メス・不明・手術済						

※ 猫の頭数が10頭を超える場合は、別紙に記載の上、添付してください。（様式自由）

3 不妊・去勢手術を受けた猫の状況

(1) 頭数 頭 (内オス 頭、メス 頭)

(2) 手術後の状況

譲渡したもの……………	頭 (内オス	頭、メス	頭)
管理しているもの……………	頭 (内オス	頭、メス	頭)
死亡・行方不明のもの……………	頭 (内オス	頭、メス	頭)