

hinata
MIYAZAKI

飼い主のいない猫適正管理事業

協力病院用マニュアル

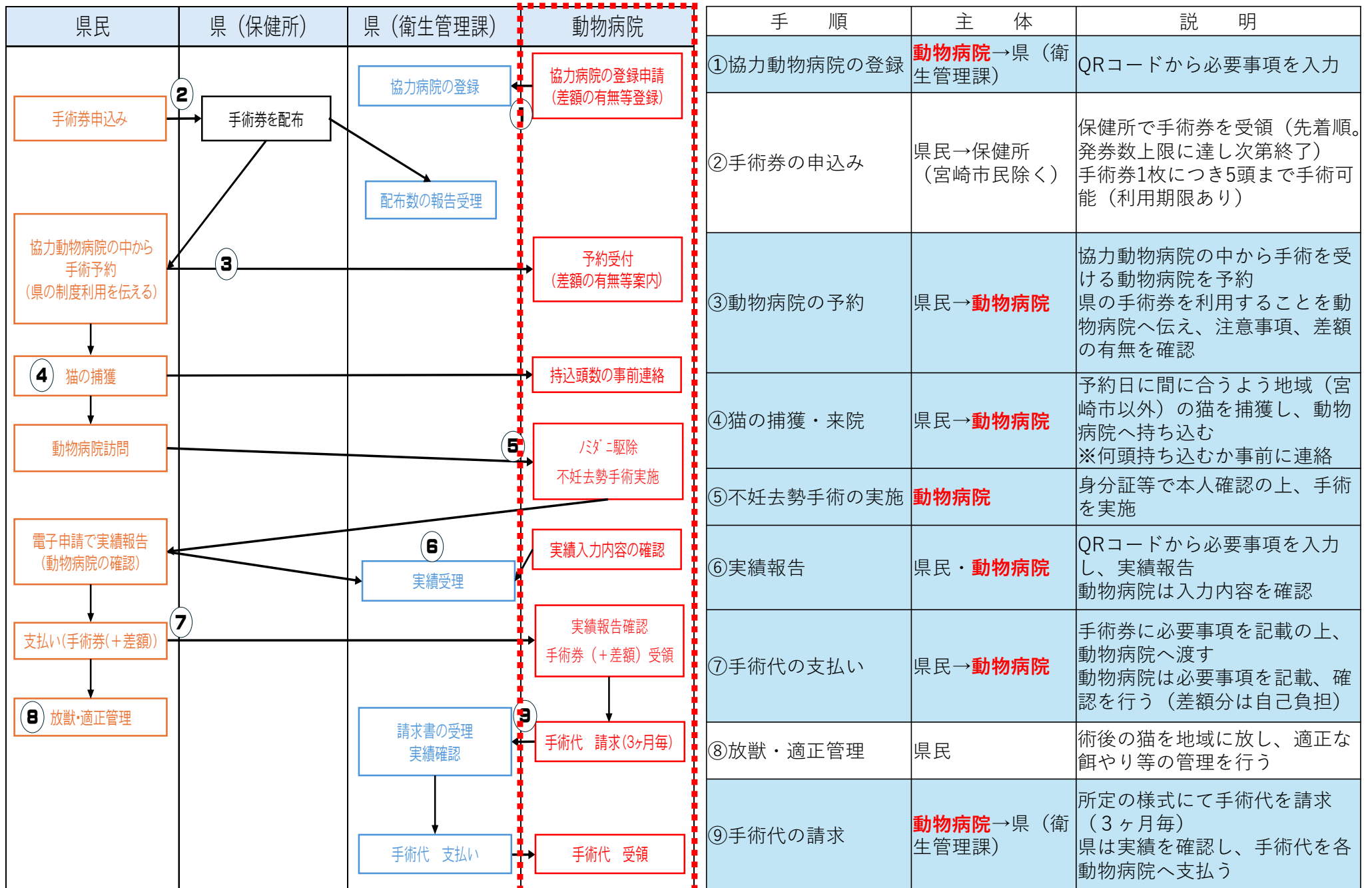
【担当】

宮崎県 福祉保健部

衛生管理課 乳肉衛生担当

TEL : 0985-26-7077

○飼い主のいない猫不妊去勢手術のながれ



○年間の実施スケジュール

多少の前後はありますが、以下のスケジュールで進めて行く予定です。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
協力動物病院募集														
第1弾														
請求														
支払い														
第2弾														
請求														
支払い														
第3弾														
請求														
支払い														

※第1弾の手術券の利用状況に応じて、第2・3弾を実施します。

※ 具体的な受付開始日等は、後日、県庁のHP等で随時ご案内いたします。

1. 協力動物病院登録の流れ

- (1) こちらのQRコードより、必要情報を入力し送信する。
・病院名・住所・電話番号・自己負担の有無・受入条件など

①QRコード読み取り



②利用規約にチェックの上、回答を開始するをクリックする。

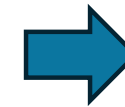
【テスト】協力動物病院登録フォーム

入力状況 0%

利用規約 ☒ をお読みのうえ同意して、回答を開始してください。

☒ 利用規約に同意する 必須

回答を開始する



③各項目に必要な事項を入力・選択し、次へ進むをクリックする。

【テスト】協力動物病院登録フォーム

入力状況 50%

回答入力フォーム

協力動物病院登録情報

動物病院名 必須

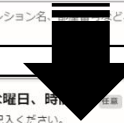
郵便番号 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

住所 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、ビル名など、住所の続きがあれば入力してください。



④入力内容を確認し、修正がなければ送信ボタンをクリックする。(編集ボタンから修正可能)

【テスト】協力動物病院登録フォーム

入力状況 100%

回答の確認

協力動物病院登録情報

動物病院名 必須

〇〇動物病院 編集

持込可能な猫の大きさ、頭数等 必須

1日上限5頭 編集

送信する



手術の受け入れ可能な曜日、時間 任意

制限等がありましたら、ご記入ください。

持込可能な猫の大きさ、頭数等 必須

制限等がありましたら、ご記入ください。

次へ進む

回答を一時保存する

⑤回答送信画面になったら申請完了



(2) 申請内容を県（衛生管理課）が確認し、問題がなければ登録される。

(3) 協力動物病院一覧リストを作成し、HP等に公表する。

○協力動物病院リスト

市町村	病院名	住所	電話番号	持込制限等 (受入れ可能日時、持込 上限頭数、月齢、性別等)	HP アクセスリンク
宮崎市	○○動物病院	宮崎市○○町123-4	0985-00-0000	毎週火曜日	—
宮崎市	▽▽動物病院	宮崎市▽▽56-7	0985-00-0000	一日あたり上限 5 頭	—
都城市	・	・	・	・	・
都城市	・	・	・	・	・
延岡市	・	・	・	・	・
日南市					
小林市					
日向市					
西都市					
えびの市					
・					
・					

記入例

病院名、住所、連絡先、持込条件等をHPでの掲載します。

2. 手術代

①当事業の手術券の対象は、ノミダニ駆除に係る費用や不妊去勢手術にかかる費用（麻酔～覚醒にかかる費用）、耳カット※にかかる費用、傷口のケア、抗生物質等の費用になります。

※耳カットは右耳に統一をお願いします。

②県から動物病院に対し、1頭あたりの手術代として以下の金額をお支払いします。

○オス 10,000円 ○メス 15,000円 ※

なお、術前の血液検査等をする等により、上記金額では不足する場合は、手術券との差額を利用者に請求していただくことは可能です。ただし、利用者の自己負担となりますので、予約の際に差額が発生する旨説明するなど、利用者のご理解の上、差額を受領してください。

<手術代対象のイメージ>

対象可否	費 用 項 目
×	診 察 料
×	カ ル テ 作 成 料
×	血 液 検 査 等 の 術 前 検 査 料
○	ノ ミ ダ ニ 駆 除 費 用
○	不 妊 去 勢 手 術 費 用
○	耳 カ ッ ト に か か る 費 用
○	傷 口 の ケ ア に か か る 費 用
○	抗 生 物 質 等
×	入 院 費 用
×	ワ ク チ ン 接 種 費 用

※自己負担

※手術券の
対象経費

※自己負担

※【注意事項】

○耳カットがされていない猫で、不妊・去勢がされている場合は、耳カットまで処置をしてください。その場合の手術代はオス・メス問わず1頭当たり**5,000円**となります。

《具体例》

- ・麻酔前に去勢済みと判明した場合
- ・麻酔をして毛剃りの際に手術痕があり手術済みと判明した場合など

3. 予約の際の案内

- ①県民から県の制度を利用する旨の予約電話があった際には、注意事項と差額の有無について案内をした上で予約を受け付ける。

4. 手術日の確認事項等

- ①手術券の有効期限の確認と身分証等で本人確認を実施した上で手術を実施する。（右耳カット）

※宮崎市民、県外の方は対象外です

- ②手術券の2の赤枠□に性別と手術券の助成対象金額を記入する。

※オス：10,000円/頭、メス：15,000円/頭

手術済の場合：5,000円/頭

- ③手術実施後に利用者へ実績報告用の専用QRコードを提示し、スマホで読み込んでもらう。

- ④県民が入力する報告画面を目視で確認し、回答送信画面を病院側がクリックして送信する。
手術券の3の青枠□の記入とチェックを行う。

◎確認項目

手術券番号、病院名、手術日、オス・メス頭数、金額、写真

※実績報告がないものについては支払いはできませんので、必ずご確認ください。

- ⑤手術券での支払いを受け付ける。
この際に差額分の自己負担がある場合は、別途、現金・クレジット等で支払ってもらう。

- ⑥手術券を保管する（県への請求の際に必要です）。

手術券番号：〇〇〇

※有効期限：令和7年6月30日まで

利用者氏名：〇〇 〇〇

記入例

宮崎県 飼い主のいない猫不妊去勢手術券

1 利用者 確認内容

☒	手術券受領後、速やかに手術予約を行い、猫を捕獲し、期限内に手術を実施してください。（手術券1枚あたり上限5頭まで手術できます。） ※手術券の再発行はできないため、有効期限を過ぎた場合、又は手術券を紛失した場合は、新たな手術券の受領が必要となります。
☒	手術後の実績報告については、報告完了画面を動物病院に確認してもらった後に、当該手術券を動物病院へ渡してください（差額が発生した場合は実費負担となります）。
☒	裏面をよく読み、各事項について了承の上、手術券を利用してください。

2 下記の猫について不妊去勢手術を実施してください。

<動物病院記入>					
	捕獲した市町村	地区名	毛色	性別	金額
1	都城市	〇〇地区	黒白	オス	10,000円
2	三股町	△△地区	白茶	メス	15,000円
3					
4					
5					
				計	25,000円

3 動物病院 記入・確認

動物病院名	
手術実施日	令和 年 月 日（ ）
☐	利用者を身分証等で本人であることを確認しました。
☐	上記2の猫について、ノミ・ダニ駆除、不妊去勢手術及び耳カットを実施しました。
☐	実績報告を目視にて確認した。 ※実績報告がない場合、県は当手術券分の支払いは行いません。
☐	支払い前の確認作業等において、病院や利用者が不正を行ったことが判明した場合、県はそれらにかかる手術券分の支払いは行わない。

※ 確認事項等（補足）

- ・病院側の報告画面の確認事項の詳細については、以下のとおりです。

①利用者の入力内容を目視で確認し、動物病院確認欄にチェック・記入を行った上で次へ進む。

手術後実績報告フォーム

入力の状況 67%

回答入力フォーム

動物病院確認欄

動物病院チェック項目 必須

利用者の報告内容を確認し、誤りがないことを確認した。

☐ 確認しました。

動物病院担当者名 必須

報告内容を確認した職員名を記入してください。

[次へ進む](#)

[回答を一時保存する](#)



②入力内容に修正があれば、編集ボタンから修正して、送信ボタンをクリックする。

手術後実績報告フォーム

入力の状況 100%

回答の確認

手術後実績報告

手術券番号 必須 13 [編集](#)

利用者氏名 必須 石川 康平 [編集](#)

病院名 必須 ○○動物病院 [編集](#)

手術日 必須 2025/01/31 [編集](#)

保護市町村 必須 都城市 [編集](#)

保護地区 必須 ○○地区 [編集](#)

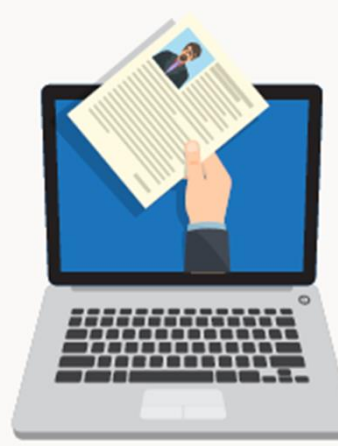
オスの手術頭数 必須 0頭 [編集](#)

メスの手術頭数 必須



③回答送信画面になったら報告終了になります。

回答を送信しました。



[ホームへ戻る](#)

5. 「手術が適当でない」と判断した場合

①手術を実施する際に、猫の健常状態が悪いなど、獣医師が「手術が適当でない」と判断した場合は手術券の対象とならず、利用者の自己負担になります。

※利用者には手術券申込みの際に説明・了承済み

【具体的事例】

○猫が病気等で衰弱しており、手術できないと判断した場合。

○猫のサイズが小さく手術に耐えられないと判断した場合

6. 手術券請求

①県（衛生管理課）に3ヶ月分の請求書と使用済みの手術券を提出する。

【送付先】

〒880-8501

宮崎市橘通東2丁目10番1号

宮崎県 福祉保健部 衛生管理課

乳肉衛生担当 石川宛

様式2	記入例
請求書	令和7年7月15日
宮崎県福祉保健部衛生管理課長 殿	
住所：宮崎市〇〇町123-456 氏名：〇〇動物病院 代表 〇〇 〇〇	
飼い主のいない猫の手術費として、下記のとおり請求します。	
記	
1 請求金額 175,000円	
手術券番号一覧 1, 3, 4, 5, 8, 15, 19, 20, 22, 29, 31, 35, 38, 39, 43	
2 振込口座	
金融機関名 宮崎銀行	
支店名 県庁支店	
預金の種類 (選択項目に丸)	普通・貯蓄・当座・その他()
口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人 (カタカナ)	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇
※必ず申請者名義の口座にしてください。 ※ゆうちょ銀行の振込用口座番号は、通常の口座番号と異なりますので、銀行に確認して間違いのないよう記入してください。 ※通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号及びカナ口座名義人が表示されている面）の添付をお願いします。	
担当者名	〇〇 〇〇〇
T E L	0123-45-6789
E-mail	abcdef-ghi@co.jp

使用済みの手術券

6. 手術券の請求

- ②県（衛生管理課）は、協力動物病院から提出のあった請求書と使用済みの手術券の内容を、利用者からの報告内容と確認を行い照合する。
- ③適正に手術が実施されていることが確認できたものから順次支払いを行う。請求には記載があるものの、利用者からの実績報告が確認できないもの等については支払いを行いません。

また、不正が疑われる場合は、個別に動物病院や利用者本人に連絡し確認を取ることもあります。

※請求時期と支払時期は下記のとおり

請求時期	支払時期
8月末	9月末
12月末	1月末
3月末	4月末

7. 各保健所等連絡先

各保健所等	住所	連絡先	管轄市町村
日南保健所	日南市吾田西1-5-10	0987-23-3141	日南市、串間市
都城保健所	都城市上川東3-14-3	0986-23-4504	都城市、三股町
小林保健所	小林市堤3020-13	0984-23-3118	小林市、えびの市、高原町
高鍋保健所	高鍋町大字蚊口浦5120-1	0983-22-1300	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町
日向保健所	日向市北町2-16	0982-52-5101	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
延岡保健所	延岡市大貫町1丁目2840	0982-33-5373	延岡市
高千穂保健所	高千穂町大字三田井1086-1	0982-72-2168	高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町
動物愛護センター	宮崎市清武町木原4543-8	0985-84-2600	宮崎市※対象外 国富町、綾町
衛生管理課	宮崎市橘通東2-10-1	0985-26-7077	—

※当事業の利用について、ご不明な点や質問等がありましたら、最寄りの各保健所や動物愛護センター、衛生管理課までご連絡ください。