

附件 1 ____年度新竹市街貓友善照護行動計畫 (HCCP) 補助申請表暨企劃書

一、申請團體 (請檢附資格文件於企劃書後)	
1. 名稱： 2. 地址： 3. 電話：	
二、申請理事長/負責人	
1. 姓名： 2. 地址： 3. 電話：	
身分證正反面影本黏貼處	身分證正反面影本黏貼處
三、計畫目的	
四、計畫辦理方式【附每月辦理期程表或甘梯圖】	
五、預期成效	

六、實施時間		
民國	年	月 日 至 民國 年 月 日
七、實施範圍(請檢附機關學校首長、社區委員會或里長同意書於企劃書後)		
新竹市	區	里 路/社區
八、街貓數量預估		
九、預定申請數量		
公貓：		母貓：
十、配合之獸醫診療機構(請檢附獸醫診療機構合作同意書)		
1. 名稱：		
2. 電話：		
3. 地址：		
十一、請款欄(請檢附帳戶存摺影本)		
團體帳戶：	銀行/郵局	分行/支局
戶名：	帳號：	
十二、有意願經本處受訓認證之志工名單(填寫欄位不足者，請自行增加欄位)		
姓名：	身分證字號：	電話：
姓名：	身分證字號：	電話：
姓名：	身分證字號：	電話：
姓名：	身分證字號：	電話：
姓名：	身分證字號：	電話：
十三、檢附合格登記動物保護相關財團或社團法人資格證明書，機關學校首長、社區委員會或里長同意書，獸醫診療機構合作同意書，帳戶存摺影本		

負責人簽章：

填表日期： 年 月 日

附件 2

新竹市街貓友善照護行動計畫 (HCCP) 獸醫 診療機構合作同意書

本獸醫診療機構同意協助() (社會團體、公 私立法人或財團法人全銜)，進行 () 年度新竹市街貓友善照護行動計畫 (HCCP) 計畫之醫療及術後護理工作【公街貓每隻新臺幣 1,000 元整，母街貓每隻補助新臺幣 2,000 元整 (包含街貓耳號註記、晶片植入、狂犬病預防注射、除蚤點藥、絕育手術費用、術後照顧期間(公貓 3 天，母貓 5 天)、抽血及採樣等工作)】，以期共同解決本市公共環境與衛生問題。(有關晶片、狂犬病疫苗及除蚤藥由動保所提供)(註：本院最大街貓容納量： 隻)

獸醫診療機構名稱 (簽章)：

院長/負責人 (簽章)：

地址：

聯絡電話：

年 月 日

新竹市街貓友善照護行動計畫（HCCP）

實施同意書

為改善學校/社區/鄰里之街貓問題，本機關學校/社區/鄰里同意

() (社會團體、公私立法人或財團法人全銜)於

本管轄區內進行新竹市街貓友善照護行動計畫（HCCP）之工作，以期共同

解決本區域公共環境與衛生問題。

機關學校首長/社區委員會/里長簽章：

同意之學校/社區/鄰里：

地址：

聯絡電話：

年

月

日

新竹市街貓友善照護行動計畫（HCCP）切結書

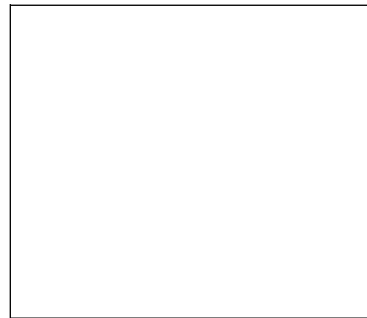
() (社會團體、公私立法人或財團法人全銜)，接受新竹市動物保護及防疫所公物、公款補助，執行新竹市街貓友善照護行動計畫（HCCP），不得以執行此計畫而支持或反對特定之政黨、其他政治團體或公職候選人，如有違反，願無條件繳回已領取之公物、公款補助，並願負民事、刑事及行政相關責任。

申請團體名稱：

負責人姓名簽章：

地址：

電話：



年

月

日

領 據

茲收到新竹市動物保護及防疫所核發_年度新竹市街貓友善照
護行動計畫（HCCP）補助費用計新台幣

萬 千 百 拾 元整，查收無訛。

此致 新竹市動物保護及防疫所

申請團體名稱：

負責人簽章：

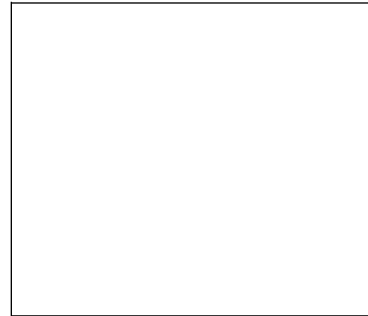
身分證字號：

戶籍地址：

統一編號：

地址：

電話：



中 華 民 國 年 月 日

附件 6 新竹市街貓友善照護行動計畫（HCCP）流程紀錄表

施術獸醫診療機構：

T	貓基本資料	1. 毛色： 2. 性別： <input type="checkbox"/> 公(免勾選施術時懷孕狀態) <input type="checkbox"/> 母 3. 成熟度：(1) <input type="checkbox"/> 幼貓：3~6 月 (2) <input type="checkbox"/> 成貓：>6 月 4. 有無晶片： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____	備註：絕育施術前街貓彩色照片黏貼處 *須檢附照片原始檔案(電子檔)
	運送點交證明欄	1. 運送人： 2. 運送日期(即捕捉日期)： 3. 捕捉地點(區、里、路、街、巷、弄)：	備註： 1. 街貓捕捉運送人限經本所受訓認證之志工。 2. 民間團體執行該計畫期間所衍生之民事侵害責任，概由該團體負責，與本所無涉。
N	醫院施術證明欄	1. 施術時間： 2. 絕育方式： <input type="checkbox"/> 睪丸摘除 <input type="checkbox"/> 卵巢子宮摘除術 3. 施術時懷孕狀態： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 懷孕胎數：_____胎 4. 併發症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 原因_____ <input type="checkbox"/> 安樂死 原因_____ 6. 剪耳位置： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 7. 植入晶片號碼：_____(請粘貼晶片條碼貼紙) _____	備註： 1. 街貓絕育施術後彩色照片黏貼處。 2. 本所將指派人員至手術現場製作手術之照片或錄影帶，施術獸醫診療機構不得拒絕。 3. 必要時，本所得請配合之獸醫診療機構協助實施抽血、採樣等工作，以進行街貓健康評估。 *須檢附照片原始檔案(電子檔)
	運送回置證明欄	1. 回置日期： 2. 本隻街貓 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 團體自費執行 TNR (請團體勾選並核章) 3. 運送人：	備註
施術獸醫師及獸醫診療機構簽章：			

附件 7 新竹市街貓友善照護行動計畫 (HCCP) 補助核銷明細表

申請團體		
名稱	地址	電話

補助金額					
核定補助金額		已申請補助金額		本次申請補助金	
動物基本資料					
編號	晶片號碼	性別	施術日期	誘捕回置地點	備註
				誘捕： 回置：	
				誘捕： 回置：	
				誘捕： 回置：	
				誘捕： 回置：	
				誘捕： 回置：	
				誘捕： 回置：	
				誘捕： 回置：	
請款欄					
團體帳戶：		銀行/郵局		分行/支局	
戶名：		帳號：			
切結欄					
以上各欄所填寫資料及檢附文件之內容，如有不實情事，本人願擔負一切法律責任。					
此致 新竹市動物保護及防疫所		申請負責人（簽章）		： 年	
審核欄（本欄由審核單位核對）					
<input type="checkbox"/> 符合規定，同意補助。 <input type="checkbox"/> 資料不全，通知申請人補件。 <input type="checkbox"/> 申請資格不符，原件退還。			審核		
			承辦單位		業務主管

附件 8 新竹市街貓友善照護行動計畫（HCCP）成果報告紀錄表

受補助單位			補助名稱	
活動辦理時間	預定	年 月 日至 年 月 日止	活動地點	
	實際	年 月 日至 年 月 日止		
絕育街貓隻數	隻		經費來源	新竹市動物保護及防疫所補助款： 元整
計畫達成目標			實際支出及補助款使用情形	實際支出： 補助款使用情形： 元 元
會計： 總幹事： 理事長：			聯絡人： 電話：	