

公益社団法人滋賀県獣医師会 身体障害者補助犬助成事業 実施要領

(目的)

第1条 公益社団法人滋賀県獣医師会(以下、法人という)は、身体障害者補助犬法に基づき、盲導犬・介助犬・聴導犬(以下、補助犬という)の衛生の確保を図り、予防医療の経費の助成及び専門家としての技術提供を行うことにより、身体障害者の自立及び社会参加の促進に寄与することを目的とする。

(事業の範囲)

第2条 補助犬の予防医療に係る次の項目を対象にする

- 1) 狂犬病予防ワクチンの接種
- 2) 混合ワクチンの接種
- 3) 犬フィラリア予防のための検査および投薬
- 4) ダニ・ノミの駆除

(対象犬)

第3条 滋賀県内に在住する身体障害者が使用する補助犬(身体障害者補助犬法第12条の規定で表示)。

(事業実施獣医師)

第4条 事業の実施は、本会の小動物部会員である開業獣医師とする。

(申請)

第5条 この事業の助成を受けようとする者は、法人が定めた期日までに、別紙様式1に定める申請書によって申請するものとする。

(実施報告)

第6条 前条の申請者は、法人が定めた期日までに、別紙様式2に定める実施報告書を提出するものとする。

(経費の助成)

第7条 本事業に係る経費の助成は、前条の実施報告書に基づき、補助犬を使用する身体障害者対し法人の身体障害者補助犬助成事業予算の範囲内において支出する。

- 2 原則として、獣医師の指示に従い、第2条に規定する全項目を実施することを条件とする。
- 3 助成額は、補助犬1頭あたり20,000円を限度とする。

付則 この要領は、平成25年4月1日に施行する。

別紙様式1

身体障害者補助犬助成申請書

平成 年 月 日

公益社団法人滋賀県獣医師会長 様

申請者氏名：

住所：

私が使用している下記の補助犬に対し、公益社団法人滋賀県獣医師会身体障害者補助犬助成事業実施要領に基づく平成 年度の助成をお願いします。

記

補助犬の種類	盲導犬 ・ 介助犬 ・ 聴導犬
補助犬の犬種	
補助犬生年月日	平成 年 月 日
補助犬の毛色・性別	毛色： 性別：メス・オス
名 号	
使用開始年月日	平成 年 月 日
認定した団体名	
犬の認定番号	
身体障害者手帳番号	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	
連絡先メールアドレス	
助成金振込先	口座名義人 普通口座番号 銀行 支店

別紙様式2

身体障害者補助犬助成にかかる実施報告書

項 目	実施証明欄 (年月日・実施者)		
狂犬病予防注射			
混合ワクチン接種			
フィラリア予防のための検査および投薬			
ノミ・ダニの駆除			

押印欄が不足時は枠外押印して下さい。

公益社団法人滋賀県獣医師会会長様
上記のとおり実施しましたので、報告します。

平成 年 月 日

犬の認定番号 _____ 補助犬使用者氏名 _____

