様式第１号（第４条関係）

クビアカツヤカミキリ防除対策薬剤交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）越生町長

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　下記のとおり薬剤の交付を受けたいので、クビアカツヤカミキリ防除対策薬剤交付要綱第４条の規定により申請します。

記

１　補助本数　　アクセルフロアブル（500ml）　　　本

２　散布予定場所・面積及び梅の本数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 大　字 | 地　番 | 面　積 | 梅の本数 |
| １ |  |  | ㎡ | 本 |
| ２ |  |  | ㎡ | 本 |
| ３ |  |  | ㎡ | 本 |
| ４ |  |  | ㎡ | 本 |
| ５ |  |  | ㎡ | 本 |
| ６ |  |  | ㎡ | 本 |
| ７ |  |  | ㎡ | 本 |
| ８ |  |  | ㎡ | 本 |
| ９ |  |  | ㎡ | 本 |
| １０ |  |  | ㎡ | 本 |

様式第２号（第５条関係）

クビアカツヤカミキリ防除対策薬剤交付実績報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）越生町長

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　クビアカツヤカミキリ防除対策薬剤交付要綱第５条の規定により、事業が完了したので下記のとおり報告します。

記

１　散布年月日　　　　年　　　月　　　日

２　散布実施場所・面積及び梅の本数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 大　字 | 地　番 | 面　積 | 梅の本数 |
| １ |  |  | ㎡ | 本 |
| ２ |  |  | ㎡ | 本 |
| ３ |  |  | ㎡ | 本 |
| ４ |  |  | ㎡ | 本 |
| ５ |  |  | ㎡ | 本 |
| ６ |  |  | ㎡ | 本 |
| ７ |  |  | ㎡ | 本 |
| ８ |  |  | ㎡ | 本 |
| ９ |  |  | ㎡ | 本 |
| １０ |  |  | ㎡ | 本 |