

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

始良市衛生協会長 様

自治会名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

自治会長 _____ (印)

ヤンバルトサカヤスデ駆除薬剤購入助成金交付申請書

下記のとおり、助成を受けたいので、始良市衛生協会ヤンバルトサカヤスデ駆除薬剤購入助成金交付要綱第4条の規定により、申請します。

記

駆 除 薬 剤	コイレット	ノックダウンドスター
数 量	袋	袋
自己負担額	円	円
駆 除 の 予 定 範 囲	☐ 個人住宅 ☐ 自治会の各世帯住宅（ 戸） ☐ その他（ ）	
備 考 (発生状況等)		