

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 \_\_\_\_\_ ㊟

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	ノックダウンダスター
数 量	袋	袋
自己負担額	円	円
駆除の 予定範囲	<input type="checkbox"/> 個人住宅 <input type="checkbox"/> 自治会の各世帯住宅（      戸） <input type="checkbox"/> その他（      ）	
備 考 (発生状況等)		

第2号様式（第4条関係）

ヤンバルトサカヤステ駆除薬剤購入助成金交付申請者一覧

番号	住所 氏名	駆除 薬剤	数量	申請者 負担額	備考
1	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
2	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
3	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
4	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
5	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
6	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
7	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
8	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
9	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
10	住所	コイレット	袋	円	
	氏名	ノックダウンダスター	袋	円	
合 計		コイレット	袋	円	
		ノックダウンダスター	袋	円	