（様式損防３）

スクミリンゴガイ防除用薬剤購入費用助成費交付申請書

年　　月　　日

山口県農業共済組合長　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり防除を完了しましたので、領収書添付の上、交付の申請をします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

○防除の詳細

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地名地番 | 面積（a） | 薬剤名※1 | 薬剤使用量（kg） | 薬剤費（円） | 防除期間 |
|  |  |  |  |  | 月　　日～　　月　　日 |
|  |  |  |  |  | 月　　日～　　月　　日 |
|  |  |  |  |  | 月　　日～　　月　　日 |
|  |  |  |  |  | 月　　日～　　月　　日 |
|  |  |  |  |  | 月　　日～　　月　　日 |

※１　対象薬剤は、山口県農作物病害虫防除基準に登録されているスクミリンゴガイ防除を目的として使用した薬剤に限る。

○必要書類（領収書を貼付）

※２　薬剤購入に対し県、市町、ＪＡ等からの補助金等の助成を受ける場合は、薬剤費から控除しますので下記に記入してください。

記

○県、市町、ＪＡ等からの薬剤費に係る補助金等の助成額　　　　　　　　　　　　円