

(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

記入例

年 月 日

組合長 様

申請者

住所 山口市小郡下郷2276-6

氏名 共済 太郎

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
カトシ 1234-1 外 15筆	125.0	スクミン スクミンイト	14 14	20,188 19,502	6月 2日～ 6月 15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）

**※振替等で領収書がない場合は、それに代わるもの
(送り状、販売証明書等)を提出してください。**

※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 0 円

提出方法 : ご不明な点があれば支所へお問い合わせください。