**豊橋市スクミリンゴガイ防除対策事業補助金（薬剤散布支援事業）申込書**

この補助金は、市内の水田において発生しているスクミリンゴガイの生息域拡大と水稲への食害を防止するため、水田に生息するスクミリンゴガイ防除のために散布する薬剤の一部（最大で３分の１）を補助するものです。補助対象となる薬剤は、農林水産省の登録を受けているスクミリンゴガイの防除及び殺貝を目的とした薬剤に限ります。

　令和　　年　　月　　日

私は、上記の事項を理解し、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  |  | | | | | | | | |
|  | 申請者名 |  |  | | | | | | | | |
| 法人は法人名＋代表者名 |
|  | 住所 |  | 〒 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | 連絡先 |  |  | | | | | | | | |
|  | 散布薬剤 |  | 購入日 | | 薬剤名及び量 | | | | 金額（税抜） | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | |
|  | 散布完了日 |  | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | 補助金支払口座 |  | 金融機関名 |  | | | | | | | |
| 本・支店名 |  | | | | | | | |
| 預金種別 | １：普通　　　２：当座　　　３：その他 | | | | | | | |
| 口座番号 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | ※申請者名と同一に限ります | | | | | | | |

留意事項（必ずご確認ください）

・次の書類を持参の上、来庁にてご提出ください。

　①補助対象薬剤を購入したことがわかるもの（領収書、支払明細書等）

　②補助金支払口座の通帳

　③写真台帳

薬剤を散布したことがわかる写真

散布したすべての薬剤の空袋数がわかる写真

　④納税情報調査に係る同意書