

記入例

駆除用薬剤交付申出書

高知市長 様

申出日 令和〇年 〇月 〇日

申出者 衛生組合名又は町内会名等 〇〇衛生組合

代表者（衛生組合長又は町内会長等）

住所 高知市〇〇町〇丁目〇-〇

こうち そら

氏名 高知 空

まるいけ うみ

担当者名・連絡先 丸池 海 090-〇〇-〇〇

下記のとおり駆除

必要数は自費購入数と  
薬剤交付申出数の合計

自費購入数と薬剤交付申出数  
は同じ数量をご記入ください。

薬剤種類	必要数 (A)	自費購入数 (B)	薬剤交付申出数 (A) - (B)
I GR剤（発泡錠） ユスリカ・チョウバエ対策用 （昆虫成長抑制剤）	100包  (2錠1包)	50包	50包
ハエ・蚊・ゴキブリ・イエダニ対策用 （市提供薬剤名：ペルミトール水性乳剤）	2本  (1本500ml入)	1本	1本
ヤスデ・ムカデ・ダンゴムシ対策用 （市提供薬剤名：シャットアウト粉剤）	4袋  (1袋3kg入)	2袋	2袋

※薬剤交付申出数は、自費購入数が上限となります。

※交付薬剤は、自費購入薬剤と同等の薬剤となります。自費購入薬剤と異なる薬剤ではない場合がありますので、予めご了承ください。

記入しないでください。

必ず郵送（〒781-0802 高知市丸池町9-8）またはFAX（883-4289）にて提出してください。

町内会の場合は、活動内容がわかる会則などを添付してください。

衛生組合連合会での自費購入数の確認欄

