

駆除用薬剤助成申請書

高知市保健所
生活食品課長 様

申請年月日 令和 年 月 日

町内会名

住 所 高知市

ふりがな

町内会長名

電 話

下記のとおり薬剤助成を申請します。

記

購入薬剤名	必要量	薬剤助成申請量	自費購入量	備考

※ 単位（包，本，袋）を必ず記入してください。

※ 必ず郵送（〒781-0802 高知市丸池町9-8）またはF A X（883-4289）にて申請してください。