

駆除用薬剤助成申請書（記入例）

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
○○町内会

住 所 高知市○○町○丁目△△-□□

ふりがな こうち たろう

町内会長名 高知 太郎

電 話 8○○-△△△△

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
IGR剤 (発泡錠)	20包	10包	10包	
ベルミートール水 性乳剤	4本	2本	2本	
シャットアウト 粉剤	10袋	5袋	5袋	

※ 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FAX（883-4289）にて申請してください。