

年 月 日

（宛先）御所市長

（申込者）住 所

氏 名

電話番号

〔 法人・団体にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び防除実施責任者の氏名 〕

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品配布申込書

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品配布要綱第4条の規定により配布を申し込みます。

被害木の場所	御所市		
被害木の所有者等	<input type="checkbox"/> 申込者本人 <input type="checkbox"/> 申込者以外（ ）		
被害木の樹種・本数	<input type="checkbox"/> サクラ <input type="checkbox"/> ウメ <input type="checkbox"/> モモ <input type="checkbox"/> その他（ ）		本
希望する防除用品 配布希望数	薬剤（スプレー式）		本
	薬剤（散布式）		本
	資材（被覆ネット）		巻

- 添付書類 （1）本人確認書類の写し（法人・団体の場合は、防除実施責任者のもの）  
 （2）被害木の位置図  
 （3）被害木の写真（フラス等の被害状況が確認できるもの）  
 （4）防除用品の配布を受ける者と所有者等が異なる場合は、所有者等の同意書  
 （5）その他市長が必要と認める書類

※御所市記入欄

次のとおり配布を決定します。

防除用品配布数	薬剤（スプレー式）		本
	薬剤（散布式）		本
	資材（被覆ネット）		巻
配布年月日		年 月 日	
確認担当者		印	印

記入例

様式第1号 (第4条関係)

元号XX年XX月XX日

(宛先) 御所市長

防除用品の用途と配布数量の目安

- スプレー式薬剤 (樹木内に注入し、幼虫を駆除するもの)  
⇒ 被害木5本につき薬剤1本
- 散布式薬剤 (噴霧器で散布し、樹幹に付着した成虫を駆除するもの)  
⇒ 被害木10本につき薬剤1本
- ネット (樹幹に巻いて、脱出する成虫の飛散を防ぐもの)  
⇒ 被害木1本につきネット1巻 (2×5m)

住所 御所市大字〇〇XXX番地  
氏名 〇〇自治会 会長 〇〇 〇〇  
電話番号 0745-XX-XXXX / 090-XXXX-XXXX

〔 法人・団体にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び防除実施責任者の氏名 〕

申込者と被害木の所有者等が異なる場合は、所有者等の名称を記入の上、同意書を添付してください。

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品配布申込書

御所市クビアカツヤカミキリ防除用品配布要綱第4条の規定により配布を申し込みます。

被害木の場所	御所市大字〇〇XYZ番地 〇〇神社境内地内		
被害木の所有者等	<input type="checkbox"/> 申込者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申込者以外 ( 〇〇神社 )		
被害木の樹種・本数	<input checked="" type="checkbox"/> サクラ <input type="checkbox"/> ウメ <input type="checkbox"/> モモ <input type="checkbox"/> その他 ( )		10本
希望する防除用品 配布希望数	薬剤 (スプレー式)		2本
	薬剤 (散布式)		1本
	資材 (被覆ネット)		10巻

- 添付書類 (1) 本人確認書類の写し (法人・団体の場合は、防除実施責任者のもの)  
(2) 被害木の位置図  
(3) 被害木の写真 (フラス等の被害状況が確認できるもの)  
(4) 防除用品の配布を受ける者と所有者等が異なる場合は、所有者等の同意書  
(5) その他市長が必要と認める書類

記入不要です。空欄で提出してください。

※御所市記入欄

次のとおり配布を決定します。

防除用品配布数	薬剤 (スプレー式)		本
	薬剤 (散布式)		本
	資材 (被覆ネット)		巻
配布年月日		年 月 日	
確認担当者		印	印