

年 月 日

大山町長
竹口 大紀 様

住 所
氏 名
電話番号

大山町イネカメムシ防除対策支援事業費補助金交付申請書兼実績報告書

大山町イネカメムシ防除対策支援事業費補助金を受けたいので、大山町イネカメムシ防除対策支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額 _____円

※交付申請額算出方法
(下記の計算式をもとに、上記の交付申請額を算出ください)

◇①

薬剤費の合計		防除回数		水張面積 ^{※1}		【10aあたりの薬剤費】
円	÷	回	÷	a	×10=	円/10a

◇②

【上限単価】 ^{※2} と【10aあたりの薬剤費】を比較して少ない方の単価		水張面積			【交付申請額】
円/10a	×	a	=	円	

※1 イネカメムシ防除をおこなった全てのほ場の水張面積の合計
 ※2 上限単価=1,000円/10a

2 イネカメムシ防除実施ほ場一覧

番号	地番（大字から）	水張面積	防除を行った日	
			1回目	2回目
例	赤坂666	30.0a	7/30	8/10
1		a		
2		a		
3		a		
4		a		
5		a		
6		a		
7		a		
8		a		
9		a		
10		a		
11		a		
12		a		
13		a		
14		a		
合計		a		

3 添付書類

- ・イネカメムシ防除に要した薬剤費が確認できる書類の写し