様式第１号（第３条関係）

令和５年度稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金交付申請書

年　　月　　日

稲敷市長　　　　　　　様

申請者　住所又は所在地

　 　　　　名称

氏名又は代表者名

電話番号

稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金の交付について，稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金交付要綱第３条に基づき，次のとおり申請します。

１　申請金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　内容　　　　　　　別添のとおり

　※納品書（購入農薬名及び数量の記載があるもの。）及び領収書又はこれらの写し，又は水稲病害虫防除薬剤販売証明書を添付すること。

様式第２号（第３条関係）

年　　　月　　　日

稲　敷　市　長　　　　　様

稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金交付申請に関する承諾書

申請者　住所又は所在地

　 　　　　名称

　 　　　　 生年月日

|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日  世帯員氏名 | 生年月日  世帯員氏名 |
| 生年月日  世帯員氏名 | 生年月日  世帯員氏名 |
| 生年月日  世帯員氏名 | 生年月日  世帯員氏名 |

　稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金の交付決定に当たり，私及び私の世帯員に関しての，市税の滞納状況について，調査・照会を行うことに同意します。