

様式第 1 号（第 4 条、第 5 条関係）

毛呂山町クビアカツヤカミキリ駆除薬剤等配布申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

クビアカツヤカミキリによる被害から樹木を守るため、毛呂山町クビアカツヤカミキリ駆除薬剤等配布に関する要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	住 所			
	氏 名			
	連絡先	— —		
	該当区分	☐ 対象樹木の存在する土地の所有者 ☐ 当該土地の所有者と同一世帯員である者 ☐ 当該土地の管理者（委任状を添付） ☐ その他（ ）		
対象樹木所在場所（地番）		毛呂山町		
対象樹木の種類及び本数		サクラ 本 ウ メ 本 モ モ 本 その他（ ）		
配布を希望する駆除薬剤等		☐ 駆除薬剤	☐ 防除ネット	☐ 散布薬剤

添付書類

- ☐ 駆除薬剤配布希望の場合、被害木の状況が分かる写真
☐ 委任状（申請者が当該土地の管理者の場合）

受領時使用欄

署 名			
本 数	駆除薬剤 本	防除ネット 本	散布薬剤 本

※毛呂山町記入欄

窓口確認	☐ 申請者本人 ☐ 申請者の代理	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）	確認者
添付書類	☐ 被害が確認できる写真	委任状 ☐ あり ☐ 不要	