

(表)

様式第1号(第5条関係)

中区トコジラミ駆除補助金交付申請書兼実績報告書

横浜市中区長

申請日

年

月

日

中区トコジラミ駆除補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則(平成17年11月30日横浜市規則第139号)及び、中区トコジラミ駆除補助金交付要綱を遵守します。

受付印

申請者	住所(又は法人所在地)	(〒 -)
	(フリガナ)	
	氏名(又は法人名称及び代表者氏名)	電話番号

施設名称	
施設所在地	(〒 -) 中区
施設区分(該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 簡易宿所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 福祉事業所(事業所番号)
補助事業の内容 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 駆除事業者への駆除の委託 駆除事業者名 () 登録番号 ()
	<input type="checkbox"/> 補助対象薬剤の購入(購入日 年 月 日) 製品名 () 成分 <input type="checkbox"/> カルバメート系 <input type="checkbox"/> オキサジアゾール系 <input type="checkbox"/> 有機リン系 <input type="checkbox"/> メタジアミド系
補助対象経費(税抜)	円
補助申請額(上限5万円) (補助対象経費の1/2)	円※100円未満切り捨て

裏面も記載してください

(裏)

駆除実績	実施日	年 月 日 から 年 月 日 まで
	実施場所 (該当するものに○)	病室 ・ 待合室 ・ 客室 ・ 従業員室 ・ 便所 ・ 通路 ・ その他 ()
	効果判定の方法 (該当するものに○)	捕獲トラップ ・ 目視 ・ 聞き取り ・ その他 ()
添付書類 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> トコジラミが発生していることが確認できるカラー写真 <input type="checkbox"/> <駆除業者への駆除の委託> 駆除作業報告書の写し <input type="checkbox"/> <補助対象薬剤の購入> 駆除作業中のカラー写真等 <input type="checkbox"/> 領収書の原本と写し (原本は押印後返却します。)
確認欄 (どちらかにチェック)		・ 寿地区内の簡易宿所に宿泊する者又は寿地区内で作業に従事する者の利用があります。 ・ 本市もしくは本市から補助金を受けている団体から、本制度外のトコジラミ駆除に関する補助金を受給していません。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

本件責任者	(氏名) (連絡先)	担当者	(氏名) (連絡先)
-------	---------------	-----	---------------

※横浜市使用欄	
本件責任者及び担当者の在籍確認日	年 月 日