

スズメバチ類駆除処理実績報告書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所  
 ふりがな  
 氏 名  
 電話番号

施 行 日	年 月 日	施 行 者	
施 行 場 所			
使 用 薬 剤	1. クロロホルム		
	2. スプレー	ハチノック	個
		ジェットA	個
		コックローチ	個
		ネグホン	個
	3. ピレハイス油剤（煙霧・噴霧器）		
	4. その他（ ）		
巣 の 形 状	巣穴の向き		
	巣の大きさ	高さ	cm
		たて	cm
		よこ	cm
写 真（裏面）	全景 ・ 処理前 ・ 処理後		

処 理 業 者 所 在 地  
 業 者 名  
 代表者氏名  
 （又は現場責任者）  
 電 話 番 号

㊟

（注意）

- ・ 事業写真は必ず裏面に貼付してください。
- ・ 印鑑は、代表者等の責任者のものを押印してください。社印がある場合は、社印も押印してください。
- ・ 駆除処理された方は、1か月以内に市役所環境課窓口で、補助金交付申請の手続をしてください。（処理年度の3月31日後の申請は、無効となります。）

# 事業写真

(全景)

(駆除処理前)

(駆除処理後)