

第1号様式(第5条関係)

申請番号	
------	--

年 月 日

海老名市スズメバチ類の巣の除去処理費助成金交付申請書

海老名市長 殿

申請者 住 所
フリガナ
氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号 ()

海老名市スズメバチ類の巣の除去処理費助成事業を実施したので、下記のとおり申請します。

記

申請額 (助成額)	金 円		
事業の内容	事業の目的 とその効果	スズメバチ類による市民への危害を防止し、市民生活の安全を確保するため。	
	除去処理業者	業 者 名	
		承認番号	
	処 理 金 額	金 円	
	処 理 場 所	海老名市	
	処 理 年 月 日	年 月 日	

《注意》 申請額は、1回につき11,000円です。ただし、除去処理費の額が11,000円未満の場合は、それに要した額になります。

※ 居住、所有状況等を確認するため、個人情報（住民基本台帳・家屋課税台帳）を閲覧すること及び、暴力団員でないことを確認するため、本申請に記載された個人情報を神奈川県警察本部に照会することについて同意します。