

令和 年 月 日

山梨市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

区・自治会名（ _____ ）

クビアカツヤカミキリ緊急防除のための薬剤散布実施依頼書

山梨市が実施するクビアカツヤカミキリ緊急防除事業において、注意事項について了承し、
薬剤散布の実施を依頼します。

消毒を希望するバラ科の樹木の情報

●サクラ（ ）本 太さ 高さ _____

●ウメ （ ）本 太さ 高さ _____

●その他【 】（ ）本 太さ 高さ _____

対象所在地をすべて記載してください

所在地 _____

※対象所在地が住居以外の場合は、別途地図を添付してください。

<注意事項>

- ・本事業の対象は、農地以外の私有地にあるバラ科の樹木です。
- ・散布日時は指定できません。また実施日を告知できない可能性があります。
- ・不在時にも防除作業を行うことがあります。
- ・薬剤散布により樹木等への影響が生じた場合においても、市は補償等を行いませんので、あらかじめご了承ください。
- ・散布に関して、費用の負担はありません。
- ・いただいた個人情報は、クビアカツヤカミキリ防除事業にのみ利用し、法令に基づく場合を除き、本人の同意なく第三者へ提供することはありません。
- ・場所によっては、薬剤散布ができない場所もあります。