令和　　年　　月　　日

甲州市長　様

申請者　住所

氏名　　㊞

電話

地区名（　　）

クビアカツヤカミキリ緊急防除申請書兼同意書

甲州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、防除作業の実施を依頼します。

防除を希望するバラ科の樹木の本数（農地は対象外）

※木が複数本ある場合は一番太い木の直径を記載してください。

バラ科樹木	本　数	幹の太さ（直径）	バラ科樹木	本　数	幹の太さ（直径）
サクラ	本	cm	ハナモモ	本	cm
ウメ	本	cm	アンズ	本	cm
モモ	本	cm	サクランボ	本	cm
スモモ	本	cm			

<注意事項>

※ すでに消毒・薬剤散布を実施済みの樹木については、申請（実施）の必要はありません。

※ 対象は、農地以外の私有地にある上記バラ科樹木です。

※ 市内全体の防除作業を効率的に実施するため、実施日時のご指定はできませんので、あらかじめご了承ください。

※ 薬剤散布時には、薬剤のにおいや散布機の音等が発生します。

※ 市の防除作業（薬剤散布）について、土地の所有者・管理者の方に費用負担はありません。

※ 薬剤散布により樹木等に影響が生じた場合においても、市は補償等を負いかねますので、あらかじめご了承ください。

※ 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。

案内図（住宅地内の対象樹木の場所が分かるように図を作成してください）