別紙様式第1号

　　令和５年度馬防疫強化地域推進対策事業に係る

　馬インフルエンザワクチン接種費助成申込書

　　年　　月　　日

　　一般社団法人 広島県畜産会

会長理事 　安藤　重孝　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者住所

氏名又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和５年度馬防疫強化地域推進対策事業に係る馬インフルエンザワクチン接種推進事業実施要領第５の規定に基づき下記のとおり馬インフルエンザワクチン接種費の助成を申し込みます。

記

１　馬の飼養場所

２　馬インフルエンザワクチン接種（予定）頭数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用途 | 飼養頭数(A) | ワクチン接種（予定）頭数(B) | 備　　考 |
| 乗用馬 | 頭 | 頭 |  |
| 農用馬 | 頭 | 頭 |  |
| 展示・愛玩用馬 | 頭 | 頭 |  |
| 合　　計 | 頭 | 頭 |  |

注1）飼養頭数(A)欄には、全飼養頭数を記入して下さい。

注２) ワクチン接種（予定）頭数(B)欄には、ワクチン接種費の助成を申し込む馬の頭数を記入して下さい。

なお、公益社団法人 全国乗馬倶楽部振興会等の他の団体等が実施する補助事業により馬インフルエンザワクチン接種費用の助成を受けている馬は助成対象となりません。

３　事務担当者名及び連絡先（電話、携帯電話、FAX、メール等）

４　ワクチン接種予定獣医師名

　　診療施設の所在地及び名称

　　 獣医師名

 連絡先（電話）

別紙様式第２号

令和５年度馬防疫強化地域推進対策事業に係る

馬インフルエンザワクチン接種実績報告書兼助成金交付申請書

　　　年　　　月　　　日

　　一般社団法人 広島県畜産会

会長理事 　安藤　重孝　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者住所

氏名又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和５年度馬防疫強化地域推進対策事業に係る馬インフルエンザワクチン接種推進事業実施要領第８の規定に基づき、下記のとおりワクチン接種実績を報告します。また、併せて助成金の交付を申請します。

記

１　馬インフルエンザワクチン接種頭数及び助成金交付申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種頭数（A） | 助成金単価＊（B）（上限3,940円） | 助成金交付申請額(A×B) |
| 頭 | 円 | 円 |

＊：助成金単価は、実際に支出した1頭当たりの　ワクチン接種費用(2回分合計額)の1/2の金額又は助成金上限額3,940円のいずれか低い金額

２　本事業によるワクチン接種馬　　　　　別紙

様式第2号の別紙のとおり

３ 添付書類

 馬インフルエンザワクチン接種代金の支出、受領を証する書類の写し

４　助成金振込口座　（必要事項を記載又は〇で囲んでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名（支店名まで記載） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 口座種目・番号 | 普通 ・ 当座 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人氏名 |  |

５　担当者の氏名・連絡先(電話)

別紙様式第２号の別紙

　令和５年度馬防疫強化地域推進対策事業による馬インフルエンザワクチン接種報告書

馬の飼養者名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 馬名（名号） | 品種 | 用途 | 性別 | 生年月日 | 直近のワクチン接種年月日 |
| 1回目 | 2回目 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

注1）用途は「乗用」、「農用」、「その他」の区分を、性別は「牡」、「牝」、「セン」の区分を記載する。

注2) 記入欄が不足する場合は、別紙のとおりと記載し、本様式と同様の表を作成し添付する。

ワクチン接種獣医師

　　　　診療施設所在地（住所）

　　　　診療施設の名称

　　　　獣医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　連絡先（電話番号）