（様式１）馬ワクチン予防接種等推進事業に係るワクチン接種計画書

平成　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県畜産協会長　様

（馬飼養者）

　住所

　団体名

　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　電話

　平成２９年度「馬伝染性疾病防疫推進対策事業（馬防疫強化地域推進対策事業）のうち馬ワクチン予防接種等推進事業」に参加するため、事業実施要領に基づき、事業実施計画を次のとおり提出します。

記

１　馬インフルエンザワクチン接種予定頭数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 用途 | 実施予定頭数（頭） |
| 事業対象の馬インフルエンザワクチン接種対象馬 | 農用馬 |  |
| 乗用馬 |  |
| 愛玩等 |  |

* 競走馬や他の事業で馬インフルエンザワクチン接種の対象となっている馬については、対象となりません。
* １年間に１頭に複数回接種する馬インフルエンザワクチンの１回分の費用が助成対象となります。

２　馬鼻肺炎ワクチン接種予定頭数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | ワクチン | 接種回数 | 実施予定頭数（頭） |
| 事業対象（繁殖牝馬）の馬鼻肺炎ワクチン接種対象馬 | 馬鼻肺炎不活化ワクチン | ２回 |  |
| ３回 |  |
| 馬鼻肺炎生ワクチン | ２回 |  |

３　事務担当者名・連絡先（電話・携帯・FAX・メール等）

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

４　接種予定獣医師名

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

（様式３）馬ワクチン予防接種等推進事業報告書並びに助成金申請書

（馬鼻肺炎ワクチン接種）

平成　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県畜産協会長　様

（馬飼養者）

　住所

　団体名

　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

平成２９年度「馬伝染性疾病防疫推進対策事業（馬防疫強化地域推進対策事業）のうち馬ワクチン予防接種等推進事業」に係る事業実施要領に基づき、事業報告します。詳細は、別添の「（様式３－１）馬ワクチン予防接種等推進事業ワクチン接種報告書（馬鼻肺炎ワクチン接種）」のとおりです。併せて下記のとおり助成金を申請します。

記

１　馬鼻肺炎ワクチン接種頭数及び助成金申請額

接種回数は不活化ワクチン３回まで、生ワクチン２回まで

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチン購入費 | **+** | 獣医師手当 | **×** | 接種回数 | **＝** | 助成金単価Ａ（円） |
|  |  | 　 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 標準事業単価（不活化7,290円/ 生12,000円） | **×** | 接種回数 | **＝** | 助成金単価Ｂ（円） |
|  | 　 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金単価Ａまたは助成金単価Ｂのいずれか低い額 | ×1/2以内**×** | 接種頭数 | ＝ | 助成金申請額（円） |
| 　 |  |  |

２　添付書類

（１）「（様式２－１）馬ワクチン予防接種等推進事業ワクチン接種報告書（馬鼻肺炎ワクチン接種）」

（２）ワクチン購入費および獣医師手当の支出、受領を証する書類の写し

３　助成金振込口座　※必要事項を記載または〇で囲んで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 農協　銀行　信連信組　金庫　　　 |
| 支店等名称 | 所・店　　　　 |
| 口座種目 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人氏名 |  |

４　担当者様の氏名・連絡先（別紙にて記載送付も可）

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

（様式３－１）馬ワクチン予防接種等推進事業ワクチン接種報告書（馬鼻肺炎ワクチン接種）

下記名簿の馬について、ワクチン接種したので報告します。　　※　頭数が多い場合は複写するか、または、別紙を添付して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 馬飼養者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 馬名（名号） | 品種 | 性別（〇を付けて下さい） | 生年月日 | ワクチンの種類 | 直近のワクチン接種年月日 |
| 1回目 | ２回目 | ３回目 |
| 1 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 2 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 3 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 4 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 5 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 6 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 7 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 8 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 9 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |
| 10 |  |  | 牝・牡・セン |  | 不活化 ・ 生 |  |  |  |

* 馬の名簿は、別紙でも可。その場合は馬名（名号）の欄に別紙のとおりとされたい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種獣医師 | 獣医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| （所属） |  |
| 住所（市町村名） |  |
| 電話（連絡先） |  |