（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）

　　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

令和５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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種頭数 | **×** | 助成金単価（円）上限12,000円 | **＝** | 助成金申請額（円） |
|  |  |  |

２　添付書類

（１）「（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）」

（２）馬鼻肺炎ワクチン接種代金が確認できる書類

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 | 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 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |

※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） |  |