

令和9年度農地耕作条件改善事業（病虫害対策型）要望調査票

申込者名：

住所：

電話：

※昼間連絡がとれる番号

は必ず記入

は実施箇所を記入

番号	ほ場情報					助成対象面積・延長（※1）				施工予定 時期
	町名	大字	地番	面積 (㎡)	所有者	①反転耕 (ha)	②混層耕 (ha)	③堆肥施用 (ha)	④明渠排水 (延長m)	
1	大崎町									
2	大崎町									
3	大崎町									
4	大崎町									
5	大崎町									
6	大崎町									
7	大崎町									
8	大崎町									
9	大崎町									
10	大崎町									
11	大崎町									
12	大崎町									
13	大崎町									
14	大崎町									
15	大崎町									
16	大崎町									
17	大崎町									
18	大崎町									
19	大崎町									
20	大崎町									
21	大崎町									
22	大崎町									
23	大崎町									
24	大崎町									
25	大崎町									
26	大崎町									
27	大崎町									
28	大崎町									
29	大崎町									
30	大崎町									
合 計										

※ 1 助成対象は、各ほ場において受益面積0.01ha未満、施工延長10m未満は切り捨て
※ 2 申請面積は、登記面積の81.4％（大崎町の甘藷植付ほ場面積の平均）とします。