附件2

2025年小麦穗期病虫害防治农药申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报主体： | | | | 申报时间 2025年 月 日 | | |
| 联系人： | | | | 联系电话： | | |
| 身份证号/统一社会信用代码： | | | | | | |
| 在本村的小麦种植面积： 亩(其中 组 亩， 组 亩) | | | | | | |
| 40%丙硫菌唑·戊唑醇悬浮剂申报数量(瓶) | | | 37%联苯·噻虫胺悬浮剂申报数量 (袋/瓶) | | | |
| 1亩 | 400ml(10亩) | | 1亩 | | 100ml(10亩) | |
|  | |  |  | | |  |
|  | |  |  | | |  |
| **附件清单：身份证（营业执照）复印件；在本村经营耕地的承包合同、流转协议复印件或村委会出具的其他有效证明材料。** | | | | | | |
| 申报主体承诺：  本人（单位）申报面积属实，提交的申报材料真实、有效；如有虚假申报情况，本人（单位）自愿放弃本次享受补助资格。  负责人签字： （公章）  2025年 月 日 | | | | | | |
| 村级审核意见：  该经营主体提交的申报材料齐全，附件真实、有效，同意申报40%丙硫菌唑·戊唑醇悬浮剂1亩包装 瓶，400ml 瓶， 37%联苯·噻虫胺悬浮剂1亩包装 袋，100ml 瓶。  （盖章）  经办人： 2025年 月 日 | | | | | | |
| 镇级审核意见：  申报材料完整，符合要求，同意发放40%丙硫菌唑·戊唑醇悬浮剂1亩包装 瓶，400ml 瓶， 37%联苯·噻虫胺悬浮剂1亩包装 袋，100ml 瓶。    （盖章）  2025年 月 日 | | | | | | |