**附件**1

养殖场户自购自免知情同意书  
（参考样式）

本人（姓名） ,身份证号： , 是 养殖场（户）负责人，养殖区地址： ,

目前在养 （猪、牛、羊、种禽、肉禽等） 头（只）。 现已完全知晓强制免疫“先打后补”相关政策及要求，今年会自行购买强制免疫疫苗，按规定开展免疫，履行好动物防疫主体责任。

本人决定申请（或不申请）本年度强制免疫“先打后补”补助。

知情人（签名）:

年 月 日

附件2：

养殖场户自购自免承诺书  
（参考样式）

本养殖场户不领取、使用政府采购强免疫苗，自行购买国家批准使用的强免疫苗进行免疫，并承诺如下：

一、 严格按照畜牧兽医部门要求，依法履行动物疫病强制免疫义务，做好强制免疫工作，保证所养畜禽应免尽免。

二、 加强养殖管理，健全各项动物防疫制度，落实免疫、消毒、报检、无害化处理等综合防控措施。按照畜禽养殖档案管理有关规定，认真做好免疫、饲养、消毒、监测、无害化处理等记录，建立健全免疫档案和养殖档案，存档备查。

三、 按规定采购、使用农业农村部批准的动物疫病强制免疫疫苗，仅限本场户使用，不转让和倒卖。

四、 自觉接受各级畜牧兽医主管部门、动物卫生监督机构的监督、检查，积极配合各级动物疫病预防控制机构做好动物疫病的采样监测。

五、 如实报告本场户畜禽养殖情况，若经核实存在虚报、瞒报、谎报等问题，甘愿接受处罚，并全额退回补贴。

**承诺人（法人）签字：**

附件3：

养殖场户动物疫病强制免疫  
“先打后补”补助申请表（参考样式）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养殖场户信息 | 养殖场户名称 |  | | 地址 |  | | | |
| 是否已在直联直报平台备案 | | |  | 养殖代码 （未备案不填） | | | |
| 负责人 |  | | 联系方式 |  | | | |
| 银行账号 |  | | 开户行 |  | | | |
| 饲养情况（头/只） | 饲养周期超过1年畜禽种类 | | |  | | 存栏 | |  |
| 商品畜禽种类 | | |  | | 检疫出栏 | |  |
| 免疫情况（头/只） | 应免数量 |  | | | 免疫数量 |  | | |
| 自购强免疫苗  使用情况 | 疫苗种类 | 生产企业 | 生产批号 | | | 有效期 | | 使用数量 |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
| 申请补助数量 | 疫苗种类 | | 免疫数 （头/只） | | 补助标准 | | 补助金额（万元） | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 养殖场申请材料 | 免疫效果自评估检测报告（补助金额3万元以上提交） | | | | | | | □是  □否 |
| 养殖场户自购强制免疫疫苗购买凭证 | | | | | | | □是  □否 |
| 证明材料提交审核方式 | | | | | | | □线上  □线下 |
| 乡镇畜牧兽医站  初审意见 | □同意。 □不同意。  年 月 日 | | | | | | | |
| 县级畜牧兽医主 管部门意见 | 口同意。 口不同意。  年 月 日 | | | | | | | |

注：种畜禽、饲养周期超过1年的畜禽（如蛋鸡等）按存栏量予以补助，商品畜禽按出栏量予以补助。

附件4：

养殖场户动物疫病强制免疫“先打后补”补助汇总表

填表单位:

填表时间:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 县（市、 区） | 养殖场户 名称 | 负责人 | 联系 方式 | 畜禽 种类 | 存栏数 （头/只） | 出栏检疫数 （头/只） | 强免疫苗 种类 | 免疫疫苗 数量（毫升/ 头份） | 每头（只） 补助标准  （元） | 补助金额 （元） | 中央财政 补助 （元） | 省财政 补助 （元） | 市县财政 补助 （元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| “先打后补”补助资金总计 | | | | | | | | | |  |  |  |  |

填表人:

联系方式:

畜牧兽医部门盖章

财政部门盖章