

狭山市親元同居・近居支援事前相談票

狭山市親元同居・近居支援補助金の交付を受けたいので、事前相談票を提出します。

相談者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

子世帯	現住所			電話番号	
	E-Mail				
	世帯主	(歳)	世帯員	(歳)	
	世帯員	(歳)	世帯員	(歳)	
	世帯員	(歳)	世帯員	(歳)	
	世帯員	(歳)	世帯員	(歳)	

親世帯	現住所	狭山市	電話番号	
	世帯主	(歳)	市内居住開始時期	年 月頃
	世帯員	(歳)	世帯員	(歳)
	世帯員	(歳)	世帯員	(歳)
	世帯員	(歳)	世帯員	(歳)

同居・近居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近居
転入日又は転入予定日	年 月 日
転入前市町村	

住宅の所在地	狭山市		
住宅の所有者		住宅の取得時期	年 月
住宅の取得区分	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 増改築	住宅の形態	<input type="checkbox"/> 専用住宅 <input type="checkbox"/> 併用住宅
住宅の種類	<input type="checkbox"/> 戸建て住宅 <input type="checkbox"/> マンション	住宅の延床面積 (居住部分)	m ²
住宅の取得費用	金 円		
契約事業者	名称 :	住所 :	

市税等滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	暴力団関係者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----------	---	-----------	---

※世帯員全員の状況について、ご記入ください。

(狭山市回答欄) 担当者 _____

事前相談の内容を審査した結果、狭山市親元同居・近居支援補助金の対象者に、

- ・該当します
- ・該当しません (理由 : _____)