

(様式1)

福島県空き家再生・子育て支援事業  
事前相談票

平成○○年○○月○○日

- ・ 以下について記入してください。(□の部分は、該当する欄に☑を入れてください。)
- ・ 本事業に係る情報は、空き家の存する市町村及び避難元市町村に提供(共有)します。この件について、同意を求めますので、「1. 相談者氏名」欄は直筆又は押印願います。

1. 相談者(入居予定者)

住 所	福島県○○市○○町○番○号	連絡先(電話番号)
氏 名	福島 太郎	△△△-△△△- △△△△

2. 空き家の現状等

所 在 地	福島県○○市○○町○番○号	
所 有 者 等 住 所・氏 名	福島 梅子	連絡先(電話番号) △△△-△△△- △△△△
	福島県○○市○○町○番○号	
用 途	☑住宅 □その他( )	
構 造	□木造 ☑鉄筋コンクリート □鉄骨造 □その他( )	
階 数	□1階 □2階 ☑その他( 3 階)	
そ の 他	☑3ヶ月以上空き家となっている ☑購入するまたは購入した物件 □賃貸用物件(※事業用は対象外)	

3. 空き家の改修等の概要(予定)

主 な 改修内容	水廻り(浴室・洗面・トイレ)改修、内外装改修工事
形 式	☑専用住宅 □併用住宅(以下に併用部分の用途を記入) (□店舗 □事務所 □その他( ))
残置物処分	実施の有無 ☑有 □無 主な対象物 神棚の撤去
ハウスクリーニング	実施の有無 ☑有 □無 主な内容

