

愛川町三世代同居定住支援住宅取得補助金交付申請書

年 月 日

愛川町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

愛川町三世代同居定住支援住宅取得補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 申請者世帯について

(フリガナ) 氏 名	続柄 年齢	生年月日 (西暦)	(フリガナ) 氏 名	続柄 年齢	生年月日 (西暦)
	歳	年 月 日		歳	年 月 日
	歳	年 月 日		歳	年 月 日
	歳	年 月 日		歳	年 月 日
現住所 (〒 -)					
転居前住所 (〒 -)					

2 他の世帯について

(フリガナ) 氏 名	申請者との 続柄 年齢	生年月日 (西暦)	(フリガナ) 氏 名	申請者との 続柄 年齢	生年月日 (西暦)
	歳	年 月 日		歳	年 月 日
	歳	年 月 日		歳	年 月 日
	歳	年 月 日		歳	年 月 日
現住所 (〒 -)					
転居前住所 (〒 -)					

3 補助金の交付申請にあたっての同意・確認

受給資格確認のため、私及び世帯員の住民登録状況、納税状況その他受給資格に関する事項について、愛川町が関係行政機関に調査を行うことに同意します。

また、私及び世帯員は、当該補助金の交付要綱に規定する「暴力団員等」及び「暴力団経営支配法人等」に該当しないことを申し立てるとともに、該当することが判明した場合、交付決定が取り消され、補助金の返還が必要であることも確認しました。

なお、該当の有無に関して調査が必要となった場合には、愛川町が求める必要な情報及び資料を遅滞なく提出するとともに、愛川町において当該資料等を神奈川県警察本部へ提供し、意見を聴くことに同意します。

上記内容について、私及び世帯員は同意していることを誓約します。

【申請者世帯】申請者氏名 誓約した日 年 月 日

申請者世帯の世帯員氏名	生年月日 (西暦)	申請者世帯の世帯員氏名	生年月日 (西暦)
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

【他の世帯】世帯主氏名 誓約した日 年 月 日

他の世帯の世帯員氏名	生年月日 (西暦)	他の世帯の世帯員氏名	生年月日 (西暦)
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

18歳以上の方は、自筆で御記入ください。

4 補助対象の住宅などについて

■ 建物について

登記の名義		建物の種類	
登記年月日	年 月 日	住宅取得費用	円

■ 契約について

当初契約日	年 月 日		
業者	所在地	(〒 -)	
	業者名	代表者名	
	電話番号		

5 補助金額について

補助申請金額 _____ 円