

愛川町三世代同居定住支援住宅改修補助金交付申請書

年 月 日

愛 川 町 長 様

住 所 _____

フリガナ _____

申請者氏 名 _____

電話番号 _____

生年月日(年齢) _____ 年 月 日 (歳)

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

1 三世代同居をする者（申請者を除く交付の対象者）について

(フリガナ) 氏 名	申請者との 続柄	生年月日 (西暦)	(フリガナ) 氏 名	申請者との 続柄	生年月日 (西暦)
	年齢			年齢	
()	歳	年 月 日	()	歳	年 月 日
()	歳	年 月 日	()	歳	年 月 日
()	歳	年 月 日	()	歳	年 月 日
()	歳	年 月 日	()	歳	年 月 日
()	歳	年 月 日	()	歳	年 月 日

2 子または孫世代の生計維持者について

子世代生計維持者	
孫世代生計維持者	

3 補助金の交付申請にあたっての同意及び誓約事項について

愛川町三世代同居定住支援住宅改修補助金交付要綱（以下「要綱」という。）第3条に規定する要件を全て満たし、かつ、本申請内容には虚偽がないことを誓約し、補助金の受給資格確認のため、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、愛川町が調査を行い、関係機関に照会することに同意します。

また、支給決定後、要綱第11条に規定する交付決定の取消し要件に該当することを行わないことを順守し、やむを得ず要件に非該当となる場合は、速やかに愛川町に報告するとともに、要綱第12条に基づく返還命令に従い、補助金の全部又は一部を返還することを誓約します。

上記内容について、同意していることを誓約します。

【申請者】 申請者氏名 _____ 誓約した日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者を除く三世代同居をする者の氏名	

【18歳以上の方は、自筆で御記入ください。】

4 補助金額について

補助申請金額 _____ 円