

大和市マンション耐震診断事前相談書

年 月 日

大和市長 あて

マンション耐震診断費補助金交付の適用を受けたいので、大和市マンション耐震診断費補助金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて提出いたします。

申請者 住 所 〒 _____
 大和市 _____
 管理組合名 _____
 代表者氏名 _____
 電話番号 _____

診断名	<input type="checkbox"/> 予備診断 <input type="checkbox"/> 本診断		
マンション名			
所在地			
連絡先	住 所	〒 _____	
	会社名等		
	担当者名		
	電 話	F A X	
診断者	住 所		
	事務所名等	一級建築士事務所	登録第 _____ 号
	代表者名等		
	診断者名等	一級建築士	登録第 _____ 号
診断費用予定額	円		
補助申請予定額	, 000円		
受 付 日	※ _____ 年 月 日	受付番号	※第 _____ 号

※の欄は記載しないで下さい。

マンション概要	確認通知書等交付日		年 月 日			
	検査済証交付日		年 月 日			
	確認番号					
	完了検査番号					
	構造		<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート（RC）造（壁式・ラーメン） <input type="checkbox"/> 鉄骨（S）造 <input type="checkbox"/> 鉄骨鉄筋コンクリート（SRC）造			
	建築図面の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	延べ床面積		m ²			
	用途		<input type="checkbox"/> 住宅専用、 <input type="checkbox"/> 複合用途（店舗、事務所等）			
	住宅部分床面積の合計		<input type="checkbox"/> 住宅部分床面積の合計と非住宅部分の床面積の合計の2分の1以上である。（※注）			
	所有者の異なる区分された住宅の戸数		<input type="checkbox"/> 住戸数の過半以上が区分所有者の居住用である。			
	棟数	棟	住宅 (区分所有者の住戸)	戸 (戸)	その他 施設	戸
増築 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	確認通知書等交付日		年 月 日			
	確認番号					
	検査済証交付日		年 月 日			
	完了検査番号					
管理組合総会の決議		<input type="checkbox"/> 決議予定（ 月 日頃）				
交付申請希望月		年 月頃				
診断予定期間		年 月から 年 月				

※注 住宅部分床面積とは、住宅部分の区分登記上の占有面積、非住宅部分床面積とは、店舗、事務所等の用に供する部分の区分登記上の専有面積のことです。共用の廊下、階段等及び管理人室エレベーター機械室などの共用部分はどちらにも含まれません。