船橋市空家相談申込書

令和　　年　　月　　日

（申込者）　住　所

電話番号　　　　　　　　―　　　　　―

※日中繋がる電話番号をお願いします。

次のとおり、空家に関する相談を申し込みます。

また、申込内容を空家等対策に関する業務に使用するほか、市が空家等に関する協定を締結した団体及び相談員に提供すること、その相談結果について団体から市に提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 空家の場所（地番又は住所） | 船橋市 |
| 所有者との関係 | □本人　□親族　□相続人□その他（　　　　　　　） | 本人以外の場合所有者の氏名 |  |
| 空家となった時期 | 　　　　　　年ごろ |
| 空家となった経緯 | □老朽化　□転勤　□親や子と同居　□相続取得　□入院・施設入所□賃借人がいない　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ご相談内容 | □賃貸　□売却　□境界確認　□相続手続　□他の相続人・共有者との協議□その他 |
| （詳しい内容をお書きください） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 相談先 | □司法　　□宅建□調査士　□弁護士 |