

▲▲▲FAX：047-436-2299▲▲▲

船橋市空家相談申込書

令和 年 月 日

(申込者) 住 所

フリガナ
氏 名

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 老朽化 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 親や子と同居 <input type="checkbox"/> 相続取得 <input type="checkbox"/> 入院・施設入所 <input type="checkbox"/> 賃借人がいない <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご相談内容	<input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 売却 <input type="checkbox"/> 境界確認 <input type="checkbox"/> 相続手続 <input type="checkbox"/> 他の相続人・共有者との協議 <input type="checkbox"/> その他		
	(詳しい内容をお書きください)		

受付番号		相談先	<input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 宅建 <input type="checkbox"/> 調査士 <input type="checkbox"/> 弁護士
------	--	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------