

第1号様式（第5条関係）

春日井市高齢者賃貸住宅住み替え助成金交付対象世帯要件確認申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

春日井市高齢者賃貸住宅住み替え助成金交付要綱第5条の規定に基づき、同要綱第2条に掲げる要件に該当することの確認を受けたいので、申請します。なお、この申請の審査のために必要な世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。

|         |      |       |           |       |
|---------|------|-------|-----------|-------|
| 申請者     | フリガナ |       | 生年月日      | 年 月 日 |
|         | 氏名   |       |           | ( 歳)  |
|         | 現住所  |       |           |       |
| 現在の賃貸住宅 |      | 階建 階  | エレベーターの有無 | 有 ・ 無 |
| 同居する家族  | 氏名   | 生年月日  | 申請者との続柄   | その他   |
|         |      | 年 月 日 |           |       |
|         |      | 年 月 日 |           |       |
|         |      | 年 月 日 |           |       |
|         |      | 年 月 日 |           |       |

第3号様式（第6条、第7条関係）

春日井市高齢者賃貸住宅住み替え助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

春日井市高齢者賃貸住宅住み替え助成金交付要綱に基づき、関係書類を添付して助成金の交付を申請します。なお、この申請の審査のために必要な世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。

|                 |              |       |           |       |     |
|-----------------|--------------|-------|-----------|-------|-----|
| 申請者             | フリガナ         |       | 生年月日      | 年 月 日 |     |
|                 | 氏名           |       |           | ( 歳)  |     |
|                 | 現住所          | 電話番号  |           |       | - - |
|                 | 住み替えが必要な理由   |       |           |       |     |
| 現在の賃貸住宅         |              | 階建 階  | エレベーターの有無 | 有 ・ 無 |     |
| 住み替え予定賃貸住宅の所在地等 |              | 階建 階  | エレベーターの有無 | 有 ・ 無 |     |
| 同居する家族          | 氏名           | 生年月日  | 申請者との続柄   | その他   |     |
|                 |              | 年 月 日 |           |       |     |
|                 |              | 年 月 日 |           |       |     |
|                 |              | 年 月 日 |           |       |     |
|                 |              | 年 月 日 |           |       |     |
| 転居予定日（転居日）      | 年 月 日        |       |           |       |     |
| 申請区分            | 引越し費用 ・ 修繕費用 |       |           |       |     |
| 住み替え費用          | 引越し費用        | 円     | 修繕費用      | 円     |     |
| 助成申請金額（※）       | 引越し費用        | 円     | 修繕費用      | 円     |     |

※ 助成申請金額は、住み替え費用の100分の90に相当する額（100円未満切り捨て）で、限度額は各90,000円です。

第6号様式（第8条関係）

春日井市高齢者賃貸住宅住み替え助成事業完了報告書

年 月 日

（宛先）春日井市長

助成決定者

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり住宅の住み替えが完了したので報告します。

|                            |              |         |         |      |           |
|----------------------------|--------------|---------|---------|------|-----------|
| 新 住 所                      |              |         |         |      |           |
| 旧 住 所                      |              |         |         |      |           |
| 対<br>象<br>者                | フリガナ         |         |         | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
|                            | 氏 名          |         |         |      |           |
| 同<br>居<br>す<br>る<br>家<br>族 | 氏 名          | 生 年 月 日 | 申請者との続柄 | その他  |           |
|                            |              | 年 月 日   |         |      |           |
|                            |              | 年 月 日   |         |      |           |
|                            |              | 年 月 日   |         |      |           |
|                            |              | 年 月 日   |         |      |           |
| 転 居 年 月 日                  | 年 月 日        |         |         |      |           |
| 決 定 区 分                    | 引越し費用 ・ 修繕費用 |         |         |      |           |
| 助 成 決 定 額                  | 引越し費用        | 円       | 修繕費用    | 円    |           |