

様式第3号（第4条関係）

年 月 日

小山町長 様

申請者 住所
(住所地)
氏名 ⑩
(名称及び代表者氏名)

小山町既存建築物耐震性向上事業家族構成報告書

この住宅に居住するものは下記のとおり相違ありません。

1 申請者	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者
2 同居家族	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者
3 同居家族	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者
4 同居家族	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者
5 同居家族	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者
6 同居家族	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者
7 同居家族	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者

※該当する□にレ点を付してください。