

# 前 相 談 受 付 票

(福岡市民間建築物露出吹付けアスベスト除去等補助事業)

※太枠の中のみご記入ください。

相談年月日	令和 年 月 日 ( )			時間	:	~	:	
相談者及び 建築物の概要	建築物名称				相談者 氏名			
	所有者等 住所・氏名				連絡先	( )		
	建築物所在	福岡市 区						
	用途地域			防火地域等	防火・準防火・指定なし			
	用途	主たる用途 ( )			併設している用途 ( )			
	構造			階数	地上	階	地下	階
	建築面積			延床面積				
	建築年月日	年 月 日						
※相談者の属性 : 該当項目に○をつけてください。 ・建物所有者 ・マンション管理組合 ・請負業者 ・その他 ( )								
補助対象と思 われる露出吹 付けアスベ ストの概要	室名称			現 況				
	部位							
	施工面積	概ね ( ) m <sup>2</sup>						
相談内容	相談概要	※該当するものにシ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 分析調査補助 <input type="checkbox"/> 除去等工事補助 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
※ ここから下欄には何も記入しないでください。							収 受	
相談に持参 した資料等	<input type="checkbox"/> 配置図 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 現況写真 <input type="checkbox"/> 分析調査結果報告書 (あ る場合) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
建築指導課 調査番号			問合せ番号					
現地確認日	年 月 日 ( )	担当	住宅都市局 確認日	年 月 日 ( )			受付番号	
対象の有無	有 ・ 無	連絡	補助申請	有 ・ 無 (分析・除去等)			R -	