

耐震診断アドバイザー派遣申込書 兼 情報提供同意書

第1号様式

一般財団法人 福岡県建築住宅センター理事長 殿

私は、所有する住宅の耐震診断を希望するので、**福岡県耐震診断アドバイザーの派遣を申し込みます。**
 この申込書の記載事項は事実と相違ありません。
 また、診断の結果、「倒壊する可能性がある」又は「倒壊する可能性が高い」と判定となった場合、
診断した住宅が所在する市町村に以下の情報(※1)を提供すること、市町村の「耐震改修補助金制度等」に関する案内(※2)を受けることについて同意します。
 (※2 案内とは、市町村の耐震改修補助金制度の概要、必要な申請手続き等に関するものです。)

[市町村に提供する情報(※1)]

- ・受付日(年月日)
- ・現地調査日(年月日)
- ・申込者の情報(氏名、住所、年齢、電話番号、携帯番号、FAX番号)
- ・調査物件の情報(物件所在地、建築年、階数、延べ面積)
- ・診断結果(上部構造評点の区分、評価)

1. 申込者・同意者(建物の所有者に限る)

住所	〒(815 - 0804) 春日市原町〇丁目〇番〇		
フリガナ	フクオカ ハナコ	生年月日	明大 昭平 26年 10月 1日生 (70 歳)
氏名	福岡 花子 ⑨	電話番号	092 - 000 - 000
	※所有者の自署の場合、押印は不要です。	FAX番号	092 - 000 - 000

※ 取得した個人情報、当業務の目的の範囲内で利用し、その目的以外で利用することはありません。
 ※ 当制度は、同一の住宅に対し、原則、1回限りのご利用とさせていただきます。

2. 申込内容 (いずれかのチェックボックスにチェック☑)

診断内容	<input checked="" type="checkbox"/> 一般診断 (床下・天井裏に進入して詳しく調査する診断) 費用 6,000円 ↓ 下記の 1 ~ 3 のうち、希望するものひとつに○を付けてください。 (1.診断報告書のみのみ 2.診断報告書+耐震改修計画書(案) 3.診断報告書+耐震改修計画書(案)+工事概算見積書) 床下点検口の場所(畳の下)、小屋裏点検口の場所(和室6帖の押入の上) ※床下点検口や小屋裏点検口がない場合は進入調査ができません。
	<input type="checkbox"/> 簡易診断 (床下・天井裏に進入せず、外部・内部を通常見える範囲で行う診断) 費用 3,000円

3. 調査対象物件の概要 (該当するチェックボックスにチェック☑)

建物所在地	(上記住所と異なる場合のみ記入)	所有区分	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 持家以外(具体的に)
構造※	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 ※木造以外の構造(鉄骨造、鉄筋コンクリート造、コンクリートブロック造などの構造)、混構造(木造と木造以外との併用構造)、木造プレハブ工法(旧38条認定、型式適合認定など)、丸太組構法、木造で中2階がある場合は、派遣対象外です。		
建て方※	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て ※共同住宅や長屋、店舗等が付いた併用住宅で住宅以外の部分の面積が大きな住宅は、派遣対象外です。		
建築年	(明・大 昭) (50)年 (築 46 年)	図面の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
階数※	<input type="checkbox"/> 1階 <input checked="" type="checkbox"/> 2階 ※3階建は派遣対象外です。	床面積	123.4 m ²
増改築の履歴 (注)改築中の物件は調査対象外	・増改築した部屋とその範囲() ・増改築を行った時期(年頃)		
建物の状態で気になること	外壁にひび割れあり		
診断時の駐車スペース (診断士が車で訪問する際に、駐車できる場所を教えてください)	自宅の駐車場 <input type="checkbox"/> 停められる []台 <input checked="" type="checkbox"/> 停められない 一時利用の有料駐車場 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣にある <input type="checkbox"/> 近隣にはない 自宅前または近隣 <input type="checkbox"/> 路上駐車できる <input checked="" type="checkbox"/> 路上駐車できない		

4. 派遣希望時期と連絡先

希望時期	令和 3 年 10 月 1 日 ~ 10 月 7 日 (曜日・時間帯など:平日の午後を希望)		
立会する方の氏名	福岡 太郎(息子)	連絡先 (携帯電話等、連絡がつくところ)	E-mail
		090-0000-0000	

※事務局記入欄

受付日	令和 年 月 日()	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> 他()	受付No.	受付者
派遣者氏名		登録番号		
勤務先名称		連絡先		
派遣日時	令和 年 月 日() 午前 / 午後 時 分 ~			