

年 月 日

薩摩川内市長

様

申請者 代表者住所

代表者氏名

㊤

薩摩川内市移住体験住宅利用申請書

移住体験住宅を利用したいので、薩摩川内市移住体験住宅利用要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、利用に当たっては、同要綱の規定を遵守します。

区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2 回目以降（      回目）		
利用期間及び物件	年 月 日から 年 月 日まで ※ 利用開始予定時刻：午後 時 分 （注 1） 利用初日については、午後 2 時から午後 5 時までの間に入居し、最終日は午前 10 時までに退居してください。 （注 2） 30 泊 31 日以内で記入してください。 <input type="checkbox"/> 上川内 <input type="checkbox"/> 上甑島 <input type="checkbox"/> 下甑島		
利用者（代表者）について記入してください。			
ふりがな氏名		生年月日	年 月 日 歳
住所	〒 -		
電話	自宅	- -	携帯 - -
メールアドレス			
職業			
代表者以外の利用者について記入してください。			
氏名	年齢	代表者との続柄	職業
利用目的・理由			
現時点での移住の意向	<input type="checkbox"/> すぐにでも移住したい。 <input type="checkbox"/> 近い将来移住したいと考えている（      月・年後ぐらい）。 <input type="checkbox"/> その他（      ）		
家族の理解（該当する方）	<input type="checkbox"/> 家族で共有している。 <input type="checkbox"/> 家族にはまだ話をしていない。 <input type="checkbox"/> 家族に反対されている。		
滞在期間中に実施したいこと	<input type="checkbox"/> 就職探しに関する事。 <input type="checkbox"/> 住宅探しに関する事。 <input type="checkbox"/> 医療機関の確認等に関する事。 <input type="checkbox"/> 福祉施設の確認等に関する事。 <input type="checkbox"/> 教育機関（学校など）の確認に関する事。 <input type="checkbox"/> その他（      ）		