

(様式2①)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象建築物番号 (支援室が記入) | C | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1棟の対象建築物につき1枚のシートを作成してください。2棟以上を対象建築物について申請する場合はシートを追加して作成してください。

対象建築物の事業実施計画書

・対象建築物の所有者(法人の場合は会社名等、区分所有又は共有の場合は代表者)

| | |
|------|--|
| 所有者名 | |
|------|--|

・所有者が2名以上いる場合は、人数を記入のうえ、所有者全員のリスト等(任意様式)を添付してください。

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | 名 |
|--|--|--|--|--|--|---|

・対象建築物の概要

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 名称 | | | | | | | | | | | | |
| 対象建築物の住所 (住居表示) | 〒 | | | | | | | | | | 対象地域 | |
| | | | | | | | | | | | No. | |
| | | | | | | | | | | | エリア | |
| 地名地番 | | | | | | | | | | | | |

↑ 都道府県名より記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|----|--|--|---------------|--|---|------|----|--|---|--|----|--|---|--|
| 用途 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 構造・階数 | 造 | | | | 地上 | | 階 | | 地下 | | 階 | | 塔屋 | | 階 | |
| 延べ床面積 | | | | | ㎡ (小数点以下切り捨て) | | | | | | | | | | | |
| 建築年月日 | 昭和 | 平成 | | | 年 | | | 月頃着工 | | | | | | | | |

・事業に要する経費

| 項目 | 金額欄(千円未満切捨て) | | | | | | | | 備考 | |
|----------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|----|----------|
| ①実際に詳細診断に要する費用 | | | | | | | | | 千円 | |
| ②補助限度額 | | | | | | | | | 千円 | |
| ③補助基本額 | | | | | | | | | 千円 | ①と②の低い金額 |
| ④補助申請額 | | | | | | | | | 千円 | ③×補助率1/3 |

金額の記入は全て右詰で記入してください。(金額欄に不要な記号は記入しないでください。)

※詳細診断に要する費用の上限額の算出について

| 対象建築物の延べ床面積 | 詳細診断に要する費用の上限額 |
|-------------------------|------------------------------------|
| 面積1,000㎡以内のもの | 対象建築物の延べ床面積×3,600円/㎡ |
| 面積1,000㎡を超えて2,000㎡以内のもの | (対象建築物の延べ床面積-1,000)×1,540円/㎡+360万円 |
| 面積2,000㎡を超えるもの | (対象建築物の延べ床面積-2,000)×1,030円/㎡+514万円 |

ただし、設計図書の復元、第三者機関の判定等の通常の長周期地震動対策に関する詳細診断に要する費用以外の費用を要する場合は、上記の額に154万円を限度として加算することができます。

(注)この用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

(様式2②)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象建築物番号 (支援室が記入) | C | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1棟の対象建築物につき1枚のシートを作成してください。2棟以上の対象建築物について申請する場合はシートを追加して作成してください。

対象建築物の事業実施計画書②

・事業期間

| | | | | | | | | | | |
|----------------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 事業着手 (契約予定) | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 完了 (予定) | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | |

←補助金交付決定後に事業着手(契約)するものが対象となります。

・当該建築物を設計することができる資格を有する者が詳細診断を実施すること。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 診断者 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 (都道府県名より記入 してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | - | | | | | - | | | | | | | | | |
| 診断者 資格 | () 建築士 () 登録 第 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事務所名 () () 知事登録 第 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)この用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

平成29年度 詳細診断【事業実施計画書②】