同　意　書

内子町長　　小野植　正久　　様

　私は、公営住宅の高層階から低層階への住み替えの申請にあたり以下について同意いたします。

１．住み替え希望者(同居人含む)の心身機能状態・要介護状態等の確認のため、福祉部局(保健福祉課：介護保険係・障がい福祉係)に情報照会・共有をする件。

２．町が住み替えを承認後に住み替え先に移る前に、住み替え前の公営住宅の住居における原状回復を行い、引越しの代金は入居者で負担をする件。

３．対象の公営住宅の住居に対し、住み替え希望者による複数の応募があった場合、抽選により対象者を決定する件。

令和　　年　　月　　日

（団地名）

（名義人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印