

年 月 日

多治見市長

申請者 住 所
氏 名 (※)
電話番号

(※)法人は記名押印をしてください(代表者本人が自署するときを除く)。
法人以外は、本人が自署しないときは押印してください。

アスベスト対策事業（アスベスト含有調査）完了実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けたアスベスト対策事業（アスベスト含有調査）が完了しましたので、多治見市民間建築物アスベスト対策事業補助金交付要綱第11条の規定に基づき、関係書類を添えて報告します。

なお、この報告書及び関係書類に記載の事項は、事実と相違ありません。

記

建 築 物 の 所 在 地	多治見市	
分 析 調 査 を 行 っ た 分 析 機 関	分析機関名： 所在地：〒 ー 電話番号：（ ） ー	
分 析 調 査 の 方 法	☐ 定性 ・ ☐ 定性+定量	
分 析 調 査 の 結 果	アスベスト含有の有無	☐ 有 ・ ☐ 無
	ア ス ベ ス ト 含 有 率	(重量比) % ※最も含有率が高い箇所
分 析 調 査 の 事 業 期 間	着手日	年 月 日
	完了日	年 月 日
添 付 書 類	①業務委託契約書の写し ②分析機関が発行した分析調査結果報告書の写し (試験採取状況等の写真含む) ③分析調査費を支払ったことを証する領収書の写し ④その他市長が必要と認める書類	
備 考 (軽 微 な 変 更 等)		