様式第５号（第６条関係）

空家バンク登録抹消申請書

　　　　　年　　月　　日

大井町長　　　　　　　様

登録者　住所

氏名

電話番号

大井町空家バンク制度実施要綱第６条第１項第１号の規定により、下記のとおり登録の抹消を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 抹消理由 |  |