

令和 2年 07月 17日

国土交通大臣 殿

地域型住宅グリーン化事業 適用申請書
【令和2年度】

本申請書の内容により、地域型住宅グリーン化事業の適用を申請します。
この申請書及び添付資料に記載の事項は、事実と相違ありません。

地域型住宅の名称

四国スマートウェルネス住宅

グループの名称

こうちスマートウェルネス住宅推進協議会

直近採択グループ番号

--

(グループ代表者)

代表者名

菅沼 成文

代表者印

代表者所属先

こうちスマートウェルネス住宅推進協議会

代表者所在地

高知県高知市大川筋1丁目6番21号

代表者電話番号

088-855-9837

(グループ事務局)

事務局事業者名

一般社団法人高知県中小建築業協会

事務局担当者名

大田 隼輔

印

事務局郵便番号

780-0052

事務局所在地

高知県高知市大川筋1丁目6番21号

事務局電話番号

088-822-0303

事務局FAX

088-822-0304

事務局担当者E-mail

oota@kochi-bcs.jp

グループ基本情報・事務局体制・グループ構成

グループ名称	こうちスマートウェルネス住宅推進協議会
R1採択グループ番号	—

令和元年度地域型住宅グリーン化事業の報告の完了について

令和元年度地域型住宅グリーン化事業に参加した	令和元年度地域型住宅グリーン化事業の報告は完了している
------------------------	-----------------------------

1.事務局体制の確認および本事業ルールの順守についての確認

令和2年度地域型住宅グリーン化事業に関する「募集要領」・「補助金交付申請手続きマニュアル」等を熟読し本事業に関連するルールについて順守します。
 本年度事業実施中に、失効した件数が一定数（原則3件）に達したグループや評価事務局・実施支援室等の指摘・問合せ等に対し著しく不備であると判断された場合、令和2年度地域型住宅グリーン化事業で使用する事務局申請ツールの利用を停止する事があります。

承諾する

2.グループの基本情報の確認

1. 地域型住宅の名称(必須)	四国スマートウェルネス住宅
2. グループの名称(必須)	こうちスマートウェルネス住宅推進協議会
3. 結成年(必須)	2014 年

3.事務局体制

グループ代表	1. 氏名(必須)	菅沼 成文	
	2. 所属先(必須)	こうちスマートウェルネス住宅推進協議会	
	3. 所在地(必須)	高知県高知市大川筋1丁目6番21号	
	4. 電話番号(必須)	088-855-9837	
グループ代表事務局	5. 事業者名(必須)	一般社団法人高知県中小建築業協会	
	6. 担当者名(必須)	大田 隼輔	
	7. 郵便番号(必須)	780-0052	
	8. 所在地(必須)	高知県高知市大川筋1丁目6番21号	
	9. 電話番号(必須)	088-822-0303	
	10. FAX番号(必須)	088-822-0304	
	11. 担当者E-mail(必須)	oota@kochi-bcs.jp	
外部委託	12. 事務局業務の外部委託の有無	無	
	13. 事業者名		
	14. 担当者名		
	15. 電話番号	---	
	16. 担当者E-mail		
	17. 担当者連絡先(携帯電話)	---	

4.グループの構成

構成員	構成員数	構成員に含まない理由
I. 原木供給	12	○ 海外事業者から原木を調達するため、原木供給事業者名を特定できない 海外事業者おり供給事業者として未登録のため
II. 製材・集成材製造・合板製造	15	原木供給事業者がプレカット事業者や施工事業者へ直接納品する場合等があるため。
III. 建材流通 (木材を扱わない事業者を除く)	18	製材事業者より購入しプレカット事業者へ加工主間のみを発注する場合等があるため。
IV. プレカット	5	製材事業者より購入後、施工事業者で手加工する場合等があるため。
V. 設計	9	施工事業者が自社で設計を行う場合等があるため。
VI. 施工	9	
VII. 木材を扱わない流通	8	
VIII. I～VII以外の業種	3	

