

境界問題無料相談申込書

相談年月日	令和 年 月 日	:	~	:	
相談場所	みやぎ境界紛争解決支援センター		管理番号		
相談者	住所				
	氏名				
	所有者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()		電話番号	
相談に係る土地	相談者の土地	所在地番			
		所有者の住所氏名			
	相手方の土地	所在地番			
		所有者の住所氏名			
		所在地番			
		所有者の住所氏名			
相談内容	○相談したい内容について、以下の項目の中から該当する項目をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 境界が不明である。 <input type="checkbox"/> 境界の主張が相違する。 <input type="checkbox"/> 境界立会に応じない。 <input type="checkbox"/> 筆界確認書に署名捺印拒否 <input type="checkbox"/> 境界標がなくなった。 <input type="checkbox"/> 越境物を排除したい。 <input type="checkbox"/> その他 () [上記項目について相談したい理由を具体的に記載してください。]				
	○以下の質問について、該当する項目があればチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 筆界以外の紛争が存在する。 <input type="checkbox"/> 筆界以外の紛争が存在するが、まず筆界を特定する必要がある。 <input type="checkbox"/> 現在、訴訟手続など他の手続が係属している。(具体的な手続:)				
持参した資料 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(閉鎖したものを含む。) <input type="checkbox"/> 地図又は地図に準ずる図面 <input type="checkbox"/> 地積測量図 <input type="checkbox"/> 建物図面・各階平面図 <input type="checkbox"/> 旧土地台帳 <input type="checkbox"/> その他()					

※太線の枠内を分かる範囲で御記入ください。

※FAXの場合の返送先 022-213-8485