様式第 10 号（第 10 条関係）

県営住宅収入認定（収入再認定）に対する意見申出書

広　島　県　知　事　様

平成　　年　　月　　日

住　宅　名	県営　　住宅　　号館　　号
入居者氏名	㊞
電 話 番 号	（　　）　　－

私は，先に収入認定通知（収入再認定通知）を受けましたが，所得及び世帯の状況は次のとおりであり，認定が事実と異なっていますので，関係書類を添えて意見を述べます。

1　入居者及び同居者の状況並びに所得等

	フリガナ 氏　名	続柄	生年月日	満年齢	勤務先名（学校）	年間総所得金額	控除項目	控除額	県記入欄
入居者		本人			TEL（　　）　－				
同居者					TEL（　　）　－				
					TEL（　　）　－				
					TEL（　　）　－				
					TEL（　　）　－				
					TEL（　　）　－				
					TEL（　　）　－				
別居扶養親族									
合　計									

裁量階層の区分の該当（該当するものがあれば番号を○で囲んでください。）	1　身体障害者世帯（１級～４級） 2　精神障害者世帯（１級又は２級） 3　知的障害者世帯（最重度～中度） 4　戦傷病者世帯（特別項症から第６項症，第１款症） 5　原爆被害者世帯（医療特別手当，特別手当）	6　引揚者世帯（引揚げ後５年間） 7　ハンセン病療養所入所者等世帯	8　高齢者世帯（入居者が 60 歳以上の者又は昭和 21 年 4 月 2 日以後昭和 31 年 4 月 1 日以前に生まれた者であり、かつ、同居者のいずれもが 60 歳以上の者若しくは昭和 21 年 4 月 2 日以後昭和 31 年 4 月 1 日以前に生まれた者又は 18 歳未満の者である場合） 9　小学校就学の始期に達するまでの同居者がある世帯

2　意見申出の理由（具体的に記入してください。）

注　1　太枠内のみ記入し、右上氏名欄に押印してください。

　　2　用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 とする。