

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	(印)			
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 ()	-			
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） 6 引揚者世帯（引揚げ後5年間） 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） 2 精神障害者世帯（1級又は2級） 7 ハンセン病療養所入所者等世帯 9 小学校就学の始期に達するまでの同居者がある世帯 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）							

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。