

広島県知事様

住宅名	県営	住宅	号館	号
入居者氏名				㊞
電話番号	()		-	

私は、先に収入超過者・高額所得者として認定する旨の通知を受けましたが、所得及び世帯の状況、入居年月日等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 世帯の状況、所得等

フリガナ	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
同居者	本人			TEL () -				
				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〇で囲んでください。)		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 高齢者世帯(入居者が50歳以上で, 18歳以上50歳未満の同居者がいない場合)					

2 意見申出の理由(具体的に記入してください。)

3 入居年月日等

入居年月日	年 月 日
本年度の認定収入	

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。