

県営住宅収入再認定申請書

広島県知事様

令和 年 月 日

住宅名	県営 住宅 号館 号
入居者氏名	
電話番号	( ) -

私の世帯の収入及び世帯構成が次のとおり変動しましたので、収入及び世帯の状況を証明する書類を添えて、収入の再認定の申請をします。

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 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 申告の理由(収入の変動があった事由)等

事由発生 年月日	年月日	収入の変動が あった事由

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。