

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

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
同居者		本人			TEL () -				
					TEL () -				
同居者					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 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。）

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。