様式第25号（第19条関係）

県営住宅収入超過者・高額所得者の認定に対する意見申出書

令和　　年　　月　　日

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 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　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。