

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	続柄	生年月日	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
	氏名								
同居者		本人			TEL () -				
					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歳以上の者であり、かつ、同居者のいずれもが60歳以上の者又は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 原爆被爆者世帯 (医療特別手当, 特別手当)							

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 太枠内のみ記入してください。