

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	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								
入居者		本人			TEL () -				
					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) 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 意見申出の理由 (具体的に記入してください。)

注 1 太枠内のみ記入してください