

県営住宅収入再認定申請書

広島県知事様

平成 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							
同居者								
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 ハンセン病療養所入所者等世帯		8 高齢者世帯(入居者が60歳以上の者又は昭和21年4月2日以後昭和31年4月1日以前に生まれた者であり、かつ、同居者のいずれもが60歳以上の者若しくは昭和21年4月2日以後昭和31年4月1日以前に生まれた者又は18歳未満の者である場合) 9 小学校就学の始期に達するまでの同居者がある世帯		

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。