

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	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( ) —				
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) 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 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)		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歳以上の者である場合) 9 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある同居者がある世帯						

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 太枠内のみ記入してください。  
 2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。