様式第1号(第3条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付先 |  |
| 受付日 | 年　　　月　　　日 |

（表）

　　　　　　　　　　　　特定公共賃貸住宅入居申込書

出雲市長　　　　　　　　 　様

　申込者本人及び入居しようとする親族全員が居住するため、募集案内の条件を承知のうえ、関係書類を添えて入居を申し込みます。また、出雲市が入居資格を確認するため、必要に応じて関係部署（警察等の公的機関）に照会することについて同意します。

なお、この申込書の記載内容が事実と相違するとき、又は入居資格が証明できないときは、入居の決定を取り消されても異議を申し立てません。

　　　　　年　　月　　日

現住所

申込者氏名

電話番号

１．入居しようとする親族についてうかがいます

　　(1)次の事項の中で、該当する事項について、☑印を付けてください。

□ 同居親族がいます。

　　　　□ 次の要件に該当する単身者です。

　　　　　 □　月収は15万8,000円未満のうち、年齢が40歳未満の者であって障害者等であるもの又は入居させるこ

とが適当であると認められる者として市長が別に定めるものに該当します。

　　　　□　申込者及び同居親族は、暴力団員による不当な行為の防止等による法律第2条第6号に規定する暴力団員で

　　　　　　はありません。

　　(2)入居しようとする親族の内訳について、記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居しようとする親族（別居の配偶者又は扶養親族がある場合も記入してください。） | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | 続柄 | 生年  月日 | 年齢 | 勤　　務　　先 | | 控除の対象となる親族の種別  （該当欄に○印を付けて下さい。） | | | | | | |
| 氏　　　　　　名 | 名　　　　称 | 所　在　地  (電話番号) | 同居親族 | 別居扶養 | 老人扶養 | 特定扶養 | 障がい者 | | 寡婦・寡夫 |
| 普通 | 特別 |
|  |  |  |  |  | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

２．現在お住まいの住宅についてうかがいます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 右に示す住宅のうちあてはまるものに○をつけてください。 | １ 持家　２ 公営住宅　３ 公社・公団住宅　４社宅・寮　５ 民間借家　６ 間借  ７その他（　　　　　　　） | | |
| 家　賃　月　額 | 円 | 間取り(例、３ＤＫ) |  |

３．住宅を必要とする理由について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

　　　備考　申込書記載に当たっては、裏面をよく読んでください。

(裏)

申込書記載上の注意

　申込書は、ペン又はボールペンで記入してください。原則として世帯主を申込者としてください。

〔添付書類〕

1　申込書には、入居しようとする方全員の住民票を添付してください。別居の扶養親族がある場合　は、その方の住民票も添付してください。

2　過去1年間の収入を証するものとして市町村長の発行する所得課税証明書を添付してください。1　月から6月までの間に申込みをされる方は、併せて前年分の源泉徴収票又は確定申告書の写しを添　付してください。

3　入居しようとする方で収入のある人は、その全員について、収入を証する書類を添付してくださ　い。

4　就職後1年未満の者又は年の中途で勤務先を変更した方は、就職した日から申込みの日までの月収　を記載した勤務先の「給与支払証明書」を添付してください。

5　申込みの日において無職である方は、それを証するものとして退職証明書、雇用保険被保険者離　職票の写しを添付してください。

1. 婚約中の方は、それを証するものとして「婚約証明書」を添付してください。
2. 申込者のほか入居しようとする親族で障がい者に該当する場合は、それを証するものとして身体　　障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳の写しを添付してください。