

〈お問い合わせ・提出先〉

〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通1丁目7-1 アイーナ2F
(一財)岩手県建築住宅センター 管理部
TEL 019-623-4414 FAX 019-651-1588

収入認定額の見直しに伴う家賃の見直しについて、書類をお送りいたします。

下記必要書類を同封のうえ、当センターまでご返送ください。

〈センターからお送りした書類〉

- ☐ 収入額再認定の申出書
- ☐ 県営住宅入居者収入申告書(再認定)

〈ご用意いただく書類〉

- ☐ 障がい認定を受けた方

→ 氏名・生年月日、障害の種別・等級を確認できる書面の写し

・身体障害者手帳
・精神障害者保険福祉手帳
・療育手帳

※家賃が変更される場合は、申請が受理された月の翌月分からとなります。

※収入分位の範囲によって家賃が決定されますので、必ずしも家賃が変更されるとは限りません。

※提出頂いた書類の内容により、追加で書類の提出をお願いする場合がありますので予めご了承ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

様式第11号(第12条関係)

県営住宅入居者収入申告書

※—————は記入しない

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

広域振興局長 様

県営 〇〇 アパート 〇〇 号棟 〇〇 号室

入居者氏名 岩手 太郎 掌印

電話番号 019-000-0000
090-0000-0000

県営 〇〇 アパート 〇〇 号棟 〇〇 号室
入居者氏名 岩手 太郎
電話番号 090-0000-0000
メールアドレス tarou x x @ x x . j p

私及び私の同居者の収入について、次のとおり申告します。

収入額再認定の申出書

下記の理由により変更決定されたい。

1. 変更を必要とする理由

妻(花子)が身体〇級の障がい認定を受けたため

2. その他参考事項

入居者、同居者 及び、それら以外の 扶養親族の氏名	続柄	生年月日	年 齢	性 別	職業・就学の有無 (勤務先又は学校名)	前年1月2 日以後に就 職・復職等し た場合、その 年月日	年間 総収入額	身体障害者手帳・ 療育手帳の有無 及び等級	妊 婦
(入居者) 岩手 太郎	本人	大昭平令 0.0.0	00	男	(有・無 (株)〇×商事)		200万 円	有(・級) 無	
岩手 花子	妻	大昭平令 0.0.0	00	女	(有・無 (有)姫神山)		50万 円	有(身体・3級) 無	
岩手 一郎	子	大昭平令 0.0.0	00	男	(有・無 (〇〇中学校)		0円	有(・級) 無	
岩手 姫子	子	大昭平令 0.0.0	00	女	(有・無 (〇〇小学校)		0円	有(・級) 無	
同居者		大昭平令			(有・無 ())			有(・級) 無	
		大昭平令			(有・無 ())			有(・級) 無	
		大昭平令			(有・無 ())			有(・級) 無	
別居扶養親族		大昭平令			(有・無 ())			有(・級) 無	
		大昭平令			(有・無 ())			有(・級) 無	
		大昭平令			(有・無 ())			有(・級) 無	

- 注 1 収入の有無にかかわらず、世帯全員(別居している扶養親族を含む。)分について記載してください。
- 2 「年齢」の欄には、年 月 日現在の年齢を記載してください。
- 3 「年間総収入額」の欄には、前年の1年間に係る総収入額(所得証明書に記載の金額)を記載してください。
- 4 前年1月2日以降に就職又は転職した場合は、「年間総収入額」の欄には、現在の勤務先の証明による過去1年間の総収入額(勤務期間が1年に満たない場合は、1年間の見込みの総収入額)を記載してください。
- 5 「妊婦」の欄には、入居者又は同居者が妊娠中で母子手帳をお持ちの場合に〇を記載してください。ただし、県営住宅等条例第5条第2号ア(カ)の規定の適用を希望しない場合は、記載を要しません。
- 6 次の書類を添付してください。
- (1) 市町村長の発行する前年の所得が記載された証明書
 - (2) 前年1月2日以後に就職、転職又は復職をした場合は、現在の勤務先からの過去1年間の給与支払証明書
 - (3) 前年1月2日以後に退職した場合は、離職票の写し又は退職証明書
 - (4) 各種控除に要する証明書類等
 - (5) 「妊婦」の欄に〇を記載した方にとっては、母子手帳の写し