様式第１号（第９条関係）

岬町長　　　　　　　　　様

入居者資格確認申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者  （賃貸人） | 住所  氏名  （法人の場合はその名称及び代表者の氏名） |

岬町ひとり親世帯家賃低廉化補助金に係る補助対象賃貸住宅に下記の者が入居するため、入居者資格の確認を申請します。

記

1. 入居者（世帯主となる者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現住所 | 〒 | | |
| 氏名 |  | | |
| 電話番号 |  | 町内居住年数 | 年以上 |

※電話番号は、日中連絡のとれる番号を記入してください。

※世帯主となる者が、通算して５年以上岬町に住所を有していることが必要です。

1. ひとり親世帯であることの確認

ア～オのうち、あてはまるものに○をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 入居資格項目 |
| ア | 配偶者と婚姻（内縁関係を含む）を解消した。 |
| イ | 配偶者が死亡した。 |
| ウ | 配偶者の生死が明らかでない。 |
| エ | ＤＶ（配偶者からの暴力）で裁判所からの保護命令が出された。 |
| オ | 婚姻によらないで生まれた子を養育している。（事実婚の場合を除く） |

1. 所得計算
   1. 入居しようとする世帯の構成

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | 続柄 | 生年月日  （満年齢） | 職業 | 年収額（円） | | 現在働いている  勤務先又は事業所 |
| 総収入 | 所得 |
|  | 世帯主 | 昭  平 　年　月　日  令　（ 歳） |  |  |  | 所在地  名称  勤務開始日　 　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭  平 　年　月　日  令　（ 歳） |  |  |  | 所在地  名称  勤務開始日　 　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭  平 　年　月　日  令　（ 歳） |  |  |  | 所在地  名称  勤務開始日　 　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭  平 　年　月　日  令　（ 歳） |  |  |  | 所在地  名称  勤務開始日　 　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭  平 　年　月　日  令　（ 歳） |  |  |  | 所在地  名称  勤務開始日　 　　年　　月　　日 |
| 計　　　名 | | | 所得合計**（Ａ）** | |  | |

※所得金額の記入には、源泉徴収票や給料明細書、所得税確定申告書の控えなどをご確認ください。

* 1. 同居していない扶養親族（非同居扶養）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日  （満年齢） | 職業 | 住所 |
|  |  | （　　　） |  |  |
|  |  | （　　　） |  |  |

※入居者の所得税法上の扶養にあり、かつ同居していない方がいる場合は記入してください。

※会社や税務署に扶養親族の申告をしていることが必要です。

* 1. あなたの世帯で控除を受ける人がいる場合には、次に氏名を記入してください。本人の場合は、「本人」と記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 老人扶養親族  （非同居） | 特定扶養親族 | 障がい者又は  特別障がい者 | 寡婦 | ひとり親 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. 所得から控除する額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 控除の種類 | | 控除額（円） |
| 基礎控除 | １０万円×（　　）人  所得金額１０万円未満のときはその額 |  |
| 扶養親族控除 | ３８万円×（　　）人 |  |
| 老人扶養控除  （非同居） | １０万円×（　　）人 |  |
| 特定扶養親族 | ２５万円×（　　）人 |  |
| 障がい者控除  特別障がい者控除 | 障がい者　　２７万円×（　　）人  特別障がい者　　４０万円×（　　）人 |  |
| 寡婦控除 | 所得２７万円以上の人は２７万円×（　　）人  所得２７万円未満の人はその額 |  |
| ひとり親控除 | 所得３５万円以上の人は３５万円×（　　）人  所得３５万円未満の人はその額 |  |
| 控除額の合計  **（Ｂ）** | |  |

* 1. 世帯の所得月額計算

所得月額が２１４，０００円以下（多子世帯の場合は２５９，０００円以下）であることを確認します。

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯の所得月額 | （A）　　　　　　　　－（B）　　　　　　　　÷１２  　＝ |

1. その他確認事項

以下の全ての項目にあてはまることが必要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 確認項目 | チェック欄 |
| １ | 生活保護法に規定する住宅扶助費や生活困窮者自立支援法に規定する住居確保給付金、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に規定する住宅支援給付を受給していない。 | □ |
| ２ | 住宅を所有していない。 | □ |
| ３ | 入居しようとするものに暴力団関係者（暴力団員等）はいない。 | □ |

1. 注意事項

この申請書は、岬町ひとり親世帯家賃低廉化補助事業対象住宅への入居相談・申込みを希望される方を対象に、入居要件である「ひとり親世帯であること」、「所得金額（世帯の月収額）が２１万４千円以下（多子世帯の場合は２５万９千円以下）であること」などを確認するために使用するものです。

入居には、別途不動産店等による審査・選考がありますので、この申請書による確認を受けたことで、対象住宅への入居が約束されるものではありません。

入居する住宅が決まった場合は、この申請書に記載している内容を証する書類等を不動産店等に提出していただき、改めて入居者資格の本審査を受けていただきます。

本審査がこの申請書の提出日の翌年以降になった場合や、本審査までの間に転職や退職等があった場合などは、改めて本審査時点における所得審査対象期間及び就労状況に応じて算出した所得で審査を行います。

1. 入居資格確認に関する誓約兼同意

この申請書に記載した内容は事実と相違ないことを誓約し、岬町ひとり親世帯家賃低廉化補助金交付要綱第５条に定める補助金の交付対象入居者の資格要件を確認するため、関係機関への調査（照会）に同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入居者（世帯主となる者）記入欄 | 署　名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 岬町事前確認  記入欄 | 確認日　　　　年　　　月　　　日　　　　　確認者 |