

令和7年5月募集

(令和7年度 第1回)

町営住宅入居申込書

太線枠内を記入してください。

裏面も記入してください。

申込日

令和7年月日

応募する住戸に○をしてください。(1つのみ)

一般世帯	緑ヶ丘1-402	
	多奈川小田平1602	
新婚 子育て 世帯	緑ヶ丘3-204	
	多奈川平野北401	

(ご注意) 入居後、他の住戸へ移ることは、原則できません。

落選回数 ※過去3年間

落選がなければ「0」

募集案内を確認し、入居者資格要件を満たしているため次のとおり申込みます。

なお、この申込書の記載内容が事実と相違するときは、申込みを無効とされても異議のないことを誓約します。

勤務先名・申込者・同居者の氏名には、必ずフリガナを記入してください。入居する世帯全員を記入してください。

ここに記入した方全員が同時に入居できないときは、入居できません。

申 込 者	郵便番号					自宅住所	1. 大阪府 泉南郡 岬町							自宅又は携帯電話番号				
							2. 都道 市 府県 町村							() -				
	フリガナ						勤務先名	勤務先の所在地	1.大阪府 泉南郡 岬町							勤務先電話番号		
									2. 都道 市 府県 町村							() -		
	フリガナ氏名				性別	続柄		生年月日		年齢	職業等		いつから?	収入の状況 (裏面の計算結果) 申込世帯の月収額 円 158,000円以下であること ※裁量世帯に該当する場合は、259,000円以下であること □ 裁量世帯に該当する場合 レ点をつけてください				
			1:男 2:女	1. 本人		年 月 日			1.会社員・アルバイト 2.事業その他 3.年金受給者 4.生活保護 5.学生等(年) 6.無職 7.その他()		年 月							
			1:男 2:女	2.配偶者 3.子 4.父 母 5.祖父母 6.義父母 7.孫 8.その他()		年 月 日			1.会社員・アルバイト 2.事業その他 3.年金受給者 4.生活保護 5.学生等(年) 6.無職 7.その他()		年 月							
			1:男 2:女	2.配偶者 3.子 4.父 母 5.祖父母 6.義父母 7.孫 8.その他()		年 月 日			1.会社員・アルバイト 2.事業その他 3.年金受給者 4.生活保護 5.学生等(年) 6.無職 7.その他()		年 月							
			1:男 2:女	2.配偶者 3.子 4.父 母 5.祖父母 6.義父母 7.孫 8.その他()		年 月 日			1.会社員・アルバイト 2.事業その他 3.年金受給者 4.生活保護 5.学生等(年) 6.無職 7.その他()		年 月							
			1:男 2:女	2.配偶者 3.子 4.父 母 5.祖父母 6.義父母 7.孫 8.その他()		年 月 日			1.会社員・アルバイト 2.事業その他 3.年金受給者 4.生活保護 5.学生等(年) 6.無職 7.その他()		年 月							

お住まいに困っている状況をお教えてください。(あてはまるものに○印をつけ、必要事項をご記入ください。)

①今住んでいる住宅の種類に○印をつけてください。

1.本人の持家 2.親族の持家 3.民間賃貸住宅 4.社宅・寮 5.府営住宅 6.公社・UR住宅 7.市・町・村営住宅 8.間借り 9.その他 ()

②申込者及び申込者と町営住宅に同居しようとする者の中に住宅の所有者が

1.いない 2.いる [この場合には、町営住宅入居時までに、申込者及び申込者と町営住宅に同居しようとする者以外の者に住宅の所有権を移転するなど処分する必要があります。]

③住宅に困っている理由は何ですか。

1.家賃が高い 2.住宅が狭い 3.設備が不十分 4.住宅が古くいたんでいる 5.環境が悪い 6.災害の危険がある 7.他の世帯と同居しており、独立したい 8.正当な理由による立ち退きの要求を受けている
9.通勤に不便 (時間 分) 10.結婚するため (年 月 予定) 11.介護等目的の親族との近居 12.その他 ()

裁量世帯・単身者世帯要件の確認 (あてはまるものがある場合は○印をつけてください)

裁量世帯	A. 身体障がい者世帯 B. 精神障がい者世帯 C. 知的障がい者世帯 D. 60歳以上の世帯 E. 戦傷病者世帯 F. 原子爆弾被爆者世帯 G. 海外からの引揚者世帯 H. ハンセン病療養所入所者等世帯 I. 子育て世帯 J. 新婚世帯					
	(1) 年齢が60歳以上又は35歳以下の方 (2) 身体障がい者 (3) 精神障がい者 (4) 知的障がい者 (5) 戦傷病者 (6) 原子爆弾被爆者 (7) 生活保護受給者等 (8) 海外からの引揚者 (9) ハンセン病療養所入所者等 (10) DV被害者 ※(2)～(10)の要件については、申込日時時点で満たしていることが必要です。					
単身者						

* 町記入欄 *

一般 - 緑1-402 -
一般 - 小1602 -
新子 - 緑3-204 -
新子 - 平401 -
受付担当
相談台帳入力
申込受付台帳入力
確認者

申込世帯全員の収入を確かめて月収額を計算してください。

所得者が2名以上いる場合、及び収入が2種類以上ある所得者は、それぞれの所得の計算方法に従って月収額を計算してください。

給与所得者記入欄

年間総収入金額						
(なまえ)	百	十	万	千	百	十
A						

年間総収入金額						
(なまえ)	百	十	万	千	百	十
B						

年金所得者記入欄

年間総収入金額						
(なまえ)	百	十	万	千	百	十
C						

年間総収入金額						
(なまえ)	百	十	万	千	百	十
D						

その他の所得者記入欄

年間所得金額						
(なまえ)	百	十	万	千	百	十
E						

年間給与所得金額の計算方法

年間総収入金額	年間給与所得金額
ア 651,000円未満	年間給与所得 = 0
イ 651,000円以上 1,619,000円未満	年間総収入金額 - 650,000円 = 年間給与所得
ウ 1,619,000円以上 1,620,000円未満	年間給与所得 = 969,000円
エ 1,620,000円以上 1,622,000円未満	年間給与所得 = 970,000円
オ 1,622,000円以上 1,624,000円未満	年間給与所得 = 972,000円
カ 1,624,000円以上 1,628,000円未満	年間給与所得 = 974,000円
キ 1,628,000円以上 1,804,000円未満	年間総収入金額を4000で割り、その答えの1
ク 1,804,000円以上 3,604,000円未満	円未満を切捨てた後、4000を掛け戻し、出た額
ケ 3,604,000円以上 6,600,000円未満	を右のaにあてはめてください。
コ 6,600,000円以上 10,000,000円未満	a × 0.6 = 年間給与所得
	a × 0.7 - 180,000円 = 年間給与所得
	a × 0.8 - 540,000円 = 年間給与所得
	年間総収入金額 × 0.9 - 1,200,000円 = 年間給与所得

年間年金所得金額の計算方法

受給者の年齢	年間総収入金額(A)	年間年金所得金額	受給者の年齢	年間総収入金額(A)	年間年金所得金額
65歳以上の方	ア 120万円以下	年間年金所得 = 0	65歳未満の方	ア 70万円以下	年間年金所得 = 0
	イ 120万円を超え～330万円以下	(A) - 120万円 = 年間年金所得		イ 70万円を超え～130万円以下	(A) - 70万円 = 年間年金所得
	ウ 330万円を超え～410万円以下	(A) × 0.75 - 37万5千円 = 年間年金所得		ウ 130万円を超え～410万円以下	(A) × 0.75 - 37万5千円 = 年間年金所得
	エ 410万円を超え～770万円以下	(A) × 0.85 - 78万5千円 = 年間年金所得		エ 410万円を超え～770万円以下	(A) × 0.85 - 78万5千円 = 年間年金所得
	オ 770万円を超える方	(A) × 0.95 - 155万5千円 = 年間年金所得		オ 770万円を超える方	(A) × 0.95 - 155万5千円 = 年間年金所得

百	十	万	千	百	十	円

 +

百	十	万	千	百	十	円

 +

百	十	万	千	百	十	円

 +

百	十	万	千	百	十	円

 +

百	十	万	千	百	十	円

特別控除	① 同居及び扶養親族控除	〔入居しようとする親族（本人を除く）および遠隔地扶養親族〕 38万円 × 人 = 万円
	② 寡婦控除	〔寡婦であって所得のある方〕 27万円 × 人 = 万円 (計算後の所得が27万円未満のときは、その額)
	③ 老人控除対象配偶者控除	〔控除対象配偶者又は扶養親族が70歳以上である場合〕
	④ 老人扶養控除	10万円 × 人 = 万円
	⑤ 特定扶養控除	〔扶養親族（配偶者を除く）が16歳以上23歳未満である場合〕 25万円 × 人 = 万円
	⑥ 障がい者控除	〔障がい者がいる場合〕 27万円 × 人 = 万円
	⑦ 特別障がい者控除	〔特別障がい者がいる場合〕 40万円 × 人 = 万円
	⑧ ひとり親控除	〔生計を一にする子がいる場合〕 35万円 × 人 = 万円

A～Eを合計します。

百	十	万	千	百	十	円

申込世帯全員の年間総所得金額

百	十	万	千	百	十	円

申込世帯全員の年間総所得金額から左の表の①の控除額及び該当する②～⑧の特別控除額を差し引きましょう。

百	十	万	千	百	十	円

申込世帯の月収額						
十	万	千	百	十	円	

あなたの申込世帯の月収額が収入基準を超えないかどうか確かめて、申込んでください。
この収入基準にあてはまらないときは申込むことができません。

※ 特別障がい者とは、身体障がい者手帳が1級又は2級の方か、療育手帳の総合判定がAの方若しくは精神障がい者保健福祉手帳が1級の方をいいます。