

令和8年5月募集
 (令和8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 8 年 5 月 8 日

応募する住戸に○をしてください。(1つのみ)

一般世帯	<input type="checkbox"/>	多奈川平野北901
新婚子育て世帯	<input checked="" type="checkbox"/>	緑ヶ丘1-807
	<input type="checkbox"/>	多奈川平野北2502

落選回数 ※過去3年間
0

(ご注意) 入居後、他の住戸へ移ることは、原則できません。

落選がなければ「0」

岬町長 様

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	① 大阪府 泉南郡 岬町 深日2000-1		自宅又は携帯電話番号	(090) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇									
	フリガナ	ミサキマルマルカブシキガイシャ	勤務先	① 大阪府 泉南郡 岬町 深日〇〇〇〇	勤務先電話番号	(072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇								
申 込 者 と 町 営 住 宅 に 同 居 し よ う と す る 者	フリガナ	ミサキ タロウ	性別	① 男	続柄	1. 本人	生年月日	昭和61年 5月 1日	年齢	40	職業等	① 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() 6. 無職 7. その他()	いつから?	平成21年 4月
	氏名	岬 太郎		2: 女										
	フリガナ	ミサキ ハナコ	性別	② 女	続柄	2. 配偶者 3. 子 4. 父 母 5. 祖父母 6. 義父母 7. 孫 8. その他()	生年月日	昭和62年 5月 29日	年齢	38	職業等	① 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() 6. 無職 7. その他()	いつから?	令和4年 8月
	氏名	岬 花子		1: 男										
	フリガナ	ミサキ ハルカ	性別	② 女	続柄	3. 子 2. 配偶者 4. 父 母 5. 祖父母 6. 義父母 7. 孫 8. その他()	生年月日	平成23年 10月 12日	年齢	14	職業等	⑤ 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(中学3年) 6. 無職 7. その他()	いつから?	年 月
	氏名	岬 はるか		1: 男										
			2: 女											

記入例

収入の状況
 (裏面の計算結果)

申込世帯の月収額
106,133
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

* 町記入欄 *

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同居 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

単身者 (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、申込日時点で満たしていることが必要です。

一般 - 平901 -
一般 - -
新子 - 緑1-807 -
新子 - 平2502 -
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。

記入例

給与所得者記入欄

年間総収入金額		百	十	万	千	百	十	円
(なまえ)	A 岬太郎	3	1	5	0	0	0	0

年間総収入金額		百	十	万	千	百	十	円
(なまえ)	B 岬花子	7	6	0	0	0	0	0

年金所得者記入欄

年間総収入金額		百	十	万	千	百	十	円
(なまえ)	C							

年間総収入金額		百	十	万	千	百	十	円
(なまえ)	D							

その他の所得者記入欄

年間所得金額		百	十	万	千	百	十	円
(なまえ)	E							

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 1,900,000円未満	年間総収入金額 - 650,000円 -最高10万円※	
ウ	1,900,000円以上 3,600,000円未満	年間総収入金額を4000で割り、その答えの1円未満を切捨てた後4000を掛け戻し、出た額を右のAにあてはめてください。	A × 0.7 - 80,000円
エ	3,600,000円以上 6,600,000円未満		A × 0.8 - 440,000円
オ	6,600,000円以上 8,500,000円未満	年間総収入金額 × 0.9 - 1,100,000円 -10万円	
カ	8,500,000円以上	年間総収入金額 - 1,950,000円	

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	110万円以下	年間年金所得=0	64歳以下の方	ア	60万円以下	年間年金所得=0
	イ	110万円を超え330万円未満	(A) - 110万円 -最高10万円*		イ	60万円を超え130万円未満	(A) - 60万円 -最高10万円*
	ウ	330万円以上410万円未満	(A) × 0.75 - 27万5千円		ウ	130万円以上410万円未満	(A) × 0.75 - 27万5千円
	エ	410万円以上770万円未満	(A) × 0.85 - 68万5千円		エ	410万円以上770万円未満	(A) × 0.85 - 68万5千円
	オ	770万円以上1,000万円未満	(A) × 0.95 - 145万5千円		オ	770万円以上1,000万円未満	(A) × 0.95 - 145万5千円

※10万円未満のときはその金額

Aの年間給与所得金額 百 十 万 千 百 十 円 2 0 2 3 6 0 0	Bの年間給与所得金額 百 十 万 千 百 十 円 1 0 0 0 0 0 0	Cの年間年金所得金額 百 十 万 千 百 十 円 (空欄)	Dの年間年金所得金額 百 十 万 千 百 十 円 (空欄)	Eの年間所得金額 百 十 万 千 百 十 円 (空欄)
---	---	--	--	--

控除	① 同居及び扶養親族控除	〔入居しようとする親族（申込者本人を除く）及び遠隔地扶養親族〕
特別控除	② 老人控除対象配偶者控除	〔同一生計配偶者で、70歳以上の方〕
	③ 老人扶養控除	〔扶養親族で、70歳以上の方〕
	④ 扶養親族控除	〔扶養親族(配偶者を除く)で、16歳以上23歳未満の方〕
	⑤ 障がい者控除	〔障がい者がいる場合〕
	⑥ 特別障がい者控除	〔特別障がい者がいる場合〕
	⑦ 寡婦控除	〔寡婦であって所得のある方〕
	⑧ ひとり親控除	〔生計を一にする子がいる場合〕

A~Eを合計します。

百 十 万 千 百 十 円 2 0 3 3 6 0 0	申込世帯全員の年間総所得金額																		
百 十 万 千 百 十 円 7 6 0 0 0 0 0	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 1 2 7 3 6 0 0	÷ 12 =																		
	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <th colspan="2">申込世帯の月収額</th> <th>百</th> <th>十</th> <th>万</th> <th>千</th> <th>百</th> <th>十</th> <th>円</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table>	申込世帯の月収額		百	十	万	千	百	十	円			1	0	6	1	3	3	
申込世帯の月収額		百	十	万	千	百	十	円											
		1	0	6	1	3	3												

※ 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、戦傷病者手帳が特別項症から第3項症までの方か、知的障がい者更生相談所等により重度の知的障がいと判定された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。

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。