

公 営 住 宅 同 居 承 認 申 請 書

令和 年 月 日

東川町長 菊地 伸 様

住所
申請者
氏名 印

次の者を同居させたいので承認されるよう申請します。

住所等	所在地・団地名等			団地		棟 号	
	入居者氏名			入居年月日	年 月 日		
同居させる者	氏 名	続柄	生年月日	職業	勤務先の名称・所在地	勤続年数	年間収入
	同居の理由						

※同居させようとする者の所得証明、住民票を添付してください。

《 処理欄 》

収入の総額		控除額の内訳	同居・扶養控除額	380,000 円	×	人	＝
控除額の合計			老人扶養控除額	100,000 円	×	人	＝
認定収入年額			特定扶養親族控除額	250,000 円	×	人	＝
収入月額			障害者控除額	270,000 円	×	人	＝
収入超過基準			特別障害者控除額	400,000 円	×	人	＝
収入階層	I II III IV V VI		ひとり親控除額	350,000 円	×	人	＝
		寡婦控除額	270,000 円	×	人	＝	
			控除額合計				
承認の適合							
							受付印