

大阪府高齢者向け優良賃貸住宅入居申込書

(管理法人) 様

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次のとおり申込みます。また、当入居申込書に記載された個人情報及び添付する書類の個人情報を、入居資格審査及び家賃減額に伴う入居者負担額の認定を受けるために第三者機関(大阪府、大阪府住宅供給公社)へ提供することに同意します。

※ 申込みは一世帯につき一住戸に限ります。なお、太枠内のみご記入ください。

平成 年 月 日

Table with columns for applicant information (フリガナ, 氏名, 現住所, 勤務先名), family information (生年月日, 続柄, 年齢), and financial/allowance information (年間総収入金額, 親遠族隔地扶養, etc.).

※ お申込みは、申込者のお申し出により受付しますが仮当選後必要な関係書類(収入等)を提出していただき、資格がないと判明した場合は仮当選を取消しますので十分ご確認の上お申込みください。

- ・ 申込本人を含め上記記載の入居家族全員が自ら居住することが条件になります。
・ 控除欄は該当する控除に○印をご記入ください。

Table with 6 rows and 1 column labeled '収入基準' (Income Standard).

本人の所得金額 + 家族の所得金額 - 控除額合計金額 = 控除後合計金額 ÷ 12 = 世帯所得月額

平成 年 月 日

認定事業者 様

平成 年度大阪府高齢者向け優良賃貸住宅に係る家賃減額依頼書

平成 年度大阪府高齢者向け優良賃貸住宅に係る家賃減額の適用を受けたいので、大阪府高齢者向け優良賃貸住宅供給促進事業費補助金交付要領第16条（第1項・第2項）の規定により家賃減額の依頼をします。

また、当減額依頼書に記載された個人情報及び添付する書類の個人情報を、家賃減額に伴う入居者負担額の認定を受けるために第三者機関（大阪府、大阪府住宅供給公社）へ提供することに同意します。

依頼者氏名	フリガナ	生 年 月 日	
	印	明治 大正 年 月 日 昭和	
住 所	フリガナ	電 話 番 号	自 宅
			会 社
団 地 名		住 戸 番 号	

(様式10-2)

収入及び同居親族に関する事項

続柄	氏名	生年月日	年齢	所得金額	控除対象							
					親族・遠隔地扶養	老人控除対象配偶者	老人扶養	特定扶養親族	寡婦・寡夫	障害者	特別障害者	
申請者												
同居親族												
遠隔地扶養												

関係書類

- (1) 収入を証明する書類
入居しようとする世帯全員の市町村発行の所得金額を証明する書類。
(各種控除欄の記載されたもの。ただし、原則として中学生以下は除く。)
- (2) 入居しようとする者を含む世帯全員の続柄記載の住民票等。
- (3) その他知事が必要と認める書類

(注1) 依頼内容、提出された関係書類の内容が事実と異なることが判明した場合は、家賃減額の適用の取消し及び契約解除になることがあります。

(注2) 当減額依頼書に記載された個人情報及び添付する書類の個人情報は、入居者負担額の認定を受けるために第三者機関(大阪府、大阪府住宅供給公社)へ提供することとなります。

(様式7)

給 与 支 払 証 明 書

申込団地名				採用年月日	平成	年	月	日
住所	(郵便番号)			フリガナ氏名				
区分	年・月区分	支給月日	支給金額		※記入上の注意			
給 料 ・ 手 当 等	年 1月分				①ペン又はボールペンで記入してください。 ②金額は所得税法第28条の給与等の金額(諸手当等を含む税・社会保険等控除前の金額、ただし交通費を除く。)を記入してください。 ③支払済額のみ記入してください。(支払予定は含まず。) ④支払月で記入してください。 ⑤直近1年間の支払済額を記入してください。 ⑥休職期間があれば、その期間及び支給金額を記入してください。 ⑦金額を訂正されたときは必ず代表者の訂正印を押してください。			
	年 2月分							
	年 3月分							
	年 4月分							
	年 5月分							
	年 6月分							
締日 毎月	年 8月分							
	年 9月分							
	年 10月分							
	年 11月分							
	年 12月分							
日・当月払・翌月払		合 計						
賞 与 等					控 除			
					控除対象配偶者の有無	有・無		
					扶養親族者数 人(配偶者を除く) のうち特定扶養家族 人 (のうち老人扶養家族 人)			
	合 計							
源泉徴収の有無	該当があれば記入してください。	寡婦(夫)控除 有・無		障害者控除 人	雇用形態 正社員・非常勤 パート・アルバイト その他()			
有・無		特別障害者控除 人						

上記のとおり記載事項に相違ないこと及び申込者本人が当方に在職していることを証明します。

平成 年 月 日

所在地

給与支払者 会社事業所名

代表者名

代表者印

※この欄は、記入しないでください。

(円)	給与等	×12+(円) =	円
(か月)			

事業所得収支明細書

申込住宅名				
営業所所在地		営業内容		
名称(屋号)		TEL	開業年月日	年 月 日
年	月	総収入金額	必要経費	所得額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合計		円	円	円
事業専従者控除		円	専従者氏名	
控 除	控除対象配偶者の有無	有・無	該当があれば記入してください	
	扶養親族者数 人 (配偶者を除く) のうち特定扶養家族 人 (のうち老人扶養家族 人)		寡婦(夫)控除 有・無	障害者控除 人
			特別障害者控除 人	

上記の金額は、税務署へ申告する金額と相違ないことを誓約します。
 なお、上記の記載内容及び申告内容が事実と相違するときは申込みを無効とされ、契約解除されても何ら異議を申し立てません。

平成 年 月 日

住所
氏名
印

※この欄は記入しないでください。

() 円	× 12 =	() 円
() か月		

(様式9)

退職申立書・派遣登録抹消申立書

1	会社所在地	
2	会社事業所名	
3	生 年 月 日	昭和 年 月 日
4	採 用 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
5	退職・登録抹消年月日	平成 年 月 日
6	健康保険証 記号・番号	
	健康保険証の記号・番号は会社に勤務されていたときのものを資格取得届、又は喪失届により記入してください。	
上記のとおり退職（派遣登録抹消）したことに相違ありません。		
平成 年 月 日		
住	所	
氏	名	㊟

（「雇用保険受給資格者証等（写）の場合は、上記証明欄に貼付すること。」）

上記のとおり、私_____㊟は、平成 年 月 日現在無職・無収入であることを誓約します。なお、事実と相違する場合は、家賃減額補助金相当額を返還し退去することを併せて誓約します。

見本 (記入例)

※必ず押印して下さい。(契約者本人印鑑は全て統一願います)

大阪府高齢者向け優良賃貸住宅入居申込書

(様式6)

(管理法人) 様

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次のとおり申込みます。また、当入居申込書に記載された個人情報及び添付する書類の個人情報を、入居資格審査及び家賃減額に伴う入居者負担額の認定を受けるために第三者機関(大阪府、大阪府住宅供給公社)へ提供することに同意します。

※ 申込みは一世帯につき一住戸に限ります。なお、太枠内のみご記入ください。

日付は記入しないで下さい！！

平成 年 月 日

団地名	(高優賃マンション名)	申込住戸番号	(部屋番号)	抽選番号	抽選結果	備考						
	記入しないで下さい											
申込者	フリガナ	アルファ タロウ			電話番号							
	氏名	(契約者氏名 記入) アルファ 太郎			自宅 06 (××) ××							
	現住所	(住民票の住所) アルファ市春日〇-〇-〇			勤務先 ()							
	勤務先名 (所属課名)				勤続年数	現在の住居は (賃貸・特例・特例・先住の特例) マンション名 (エレガンスアルファ)						
	勤務先所在地				年 月	該当者のみ記入						
入居予定者	生年月日	続柄	年齢	職歴・学生就・退職の年 月 日	給与・その他の所得	年間総収入金額 (総所得)	親遠隔地控除扶養	老対象控除者	老控除人扶養	寡控除・寡除失	障控 害者除	特控 特別障害者除
	氏名	本人	80歳	無職								
	S5年1月1日											
	申込者		80歳	H4年1月1日								
	年月日											
	年月日											
	年月日											
	年月日											
	年月日											
	年月日											

※・お申込みは、申込者のお申し出により受付しますが仮当選後必要な関係書類(収入等)を提出していただき、資格がないと判明した場合は仮当選を取消しますので十分ご確認の上お申込みください。

- ・申込本人を含め上記記載の入居家族全員が自ら居住することが条件になります。
- ・控除欄は該当する控除に○印をご記入ください。

記入しないで下さい

- 収入基準
- ①
 - ②
 - ③
 - ④
 - ⑤
 - ⑥

見本 (記入例)

※必ず押印して下さい。(契約者本人印鑑は全て統一願います)

(様式10-1)

平成 年 月 日

捨印

日付は記入しないで下さい！！

認定事業者 様

平成 年度大阪府高齢者向け優良賃貸住宅に係る家賃減額依頼書

平成 年度大阪府高齢者向け優良賃貸住宅に係る家賃減額の適用を受けたいので、大阪府高齢者向け優良賃貸住宅供給促進事業費補助金交付要領第16条(第1項・第2項)の規定により家賃減額の依頼をします。

また、当減額依頼書に記載された個人情報及び添付する書類の個人情報を、家賃減額に伴う入居者負担額の認定を受けるために第三者機関(大阪府、大阪府住宅供給公社)へ提供することに同意します。

依頼者氏名	フリガナ	生 年 月 日	
	(契約者氏名 記入)	明治 大正 昭和	年 月 日
住 所	フリガナ	電 話 番 号	自 宅
	(住民票の住所)		会 社
団 地 名	(高優賃マンション名)	住 戸 番 号	(部屋番号 記入)

見本 (記入例)

※必ず押印して下さい。(印鑑は全て統一願います)



(様式10-2)
収入及び同居親族に関する事項

契約者名
申請者

住民票記載の
続柄
妻→妻
長女→子
次男→子

続柄	氏名	生年月日	年齢	所得金額	控除対象						
					親族・遠隔地扶養	老人控除対象配偶者	老人扶養	特定扶養親族	寡婦・寡夫	障害者	特別障害者
申請者	〇〇 ×夫	S17.4.4	66								
妻	〇〇 △子	S19.5.25	64								
居親族											
遠隔地扶養											

記入しないで下さい

関係書類

- (1) 収入を証明する書類
入居しようとする世帯全員の市町村発行の所得金額を証明する書類。
(各種控除額の記載されたもの。ただし、原則として中学生以下は除く。)
- (2) 入居しようとする者を含む世帯全員の続柄記載の住民票等。
- (3) その他知事が必要と認める書類

(注1) 依頼内容、提出された関係書類の内容が事実と異なることが判明した場合は、家賃減額の適用の取消し及び契約解除になることがあります。
(注2) 当減額依頼書に記載された個人情報及び送付する書類の個人情報は、入居者負担額の認定を受けるために第三者機関(大阪府、大阪府住宅供給公社)へ提供することとなります。

見本 (記入例)

※勤務期間が1年未満の方全員
(パート・アルバイト含む) が必要です。

※支給見込み額は無効なことから、証明年月日は
最終支払日以降の日付をご記入下さい。

継続して勤務している場合は、給与・賞与がない月も
斜線を引いたりせず、「0」と記入して下さい。
(様式7)

給与支払証明書

直近12ヶ月分を記入

給与締日、給与支払日(当月払ま
たは翌月払に○)を記入

申込団地名		採用年月日		平成	年	月	日
住所		(郵便番号)		氏名			
区分	年・月区分	支給月日	支給金額		※記入上の注意		
給料 手当等	年 1月分				①ペン又はボールペンで記入してください。 ②金額は所得税法第28条の給与等の金額(精手当等を含む税・社会保険等控除前の金額、ただし交通費を除く。)を記入してください。 ③支払済額のみ記入してください。(支払予定は含まず。) ④支払月で記入してください。 ⑤直近1年間の支払済額を記入してください。 ⑥休職期間があれば、その期間及び支給金額を記入してください。 ⑦後日「賃金台帳」及び「所得税源泉徴収簿」と照合させていただくことがありますので正確に記入してください。 ⑧金額を訂正されたときは必ず代表者の訂正印を押してください。		
	年 2月分						
	年 3月分						
	年 4月分						
	年 5月分						
	年 6月分						
	年 7月分						
	年 8月分						
	年 9月分						
	年 10月分						
	年 11月分						
	年 12月分						
合計							
賞与等					控除		
	合計				控除対象配偶者の有無 有・無		
源泉徴収の有無		社会保険の有無		該当があれば記入してください。		寡婦(夫)控除 有・無	
有・無		有・無				障害者控除 人	
				特別障害者控除		人	
						扶養親族者数 人(配偶者を除く) のうち特定扶養家族 人 (のうち老人扶養家族 人)	

上記のとおり記載事項に相違ないこと及び申込者本人が当方に在職していることを証明します。

平成 年 月 日
所在地
給与支払者 会社事業所名
代表者名

必ず押印(代表者印)して下さい

代表者印

※この欄は、記入しないでください。

記入不要

見本 (記入例)

※開業1年未満方全員必要です。

※申込日までの収入・所得を1年間さかのぼって記入して下さい。

(様式8)

事業所得収支明細書

申込住宅名				
営業所所在地		営業内容		
名称(屋号)		TEL.	開業年月日	年 月 日
年	月	総収入金額	必要経費	所得額
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
合計		円	円	円
事業専従者控除		円	専従者氏名	
控除	控除対象配偶者の有無	有・無	該当があれば記入してください	
	扶養親族者数 人(配偶者を除く)		寡婦(夫)控除 有・無	障害者控除 人
	のうち特定扶養家族 人		特別障害者控除 人	
	(のうち老人扶養家族 人)			

上記の金額は、税務署へ申告する金額と相違ないことを誓約します。
 なお、上記の記載内容及び申告内容が事実と相違するときは申込みを無効とされ、契約解除されても何ら異議を申し立てません。

最終支払日以降の日付を記

平成 年 月 日

住所
氏名

必ず押印して下さい
(本人印)




※この欄は記入しないでください。

記入不要


見本 (記入例)

(様式9)

退職申立書・派遣登録抹消申立書	
1	会社所在地
2	会社事業所名
3	生年月日 昭和 年 月 日
4	採用年月日 昭和・平成 年 月 日
5	退職・登録抹消年月日 平成 年 月 日
6	健康保険証 記号・番号
	健康保険証の記号・番号は会社に勤務されていたときのものを資格取得届、又は喪失届により記入してください。
上記のとおり退職（派遣登録抹消）したことに相違ありません。	
住 所	平成 年 月 日 必ず押印 (代表社印及び署名者印)
氏 名	

(「雇用保険受給資格者証等(写)」の場合は、上記証明欄に貼付すること。)

現在、無職・無収の方は誓約事項に記名押印願います。

上記のとおり、私  は、平成 年 月 日現在無職・無収入であることを誓約します。なお、事実と相違する場合は、家賃減額補助金相当額を返還し退去することを併せて誓約します。