

(表)

# 市営住宅入居申込書

受付番号

令和 年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

住所.....

申込者 (ふりがな)

氏名.....

電話.....( ).....

次のとおり申し込みます。なお、本申込に関して、入居資格等を確認するため必要な範囲において、市が保有する個人情報を利用することに同意します。

申込区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者同居世帯 (3人以上)											
申込住宅			月収			円						
世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 戦傷病者世帯 <input type="checkbox"/> 原爆被爆者世帯 <input type="checkbox"/> 海外引揚者世帯 <input type="checkbox"/> ハンセン病療養所入所者等世帯 <input type="checkbox"/> 未就学児子育て世帯 <input type="checkbox"/> 障害者世帯 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ) <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>身体障害者 (                          級 )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>精神障害者 (                          級 )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>知的障害者 ( <input type="checkbox"/>重度   <input type="checkbox"/>中度 )</td> </tr> </table>								{	<input type="checkbox"/> 身体障害者 (                          級 )	<input type="checkbox"/> 精神障害者 (                          級 )	<input type="checkbox"/> 知的障害者 ( <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 )
	{	<input type="checkbox"/> 身体障害者 (                          級 )										
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 (                          級 )											
	<input type="checkbox"/> 知的障害者 ( <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 )											
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者暴力被害者世帯											
<input type="checkbox"/> 一般世帯 (上記以外の世帯)												
申込者	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳						
	市内居住開始日	年 月 日 (居住年数 年)										
	年間総収入	円										
	勤務先等	名称	電話 (                          ) 内線									
		所在地										
勤務開始日	年 月 日											
同居しようとする家族	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先又は学校名	年間総収入 円	扶養の有・無	同居別居				
			. .				有無	同別				
			. .				有無	同別				
			. .				有無	同別				
			. .				有無	同別				
			. .				有無	同別				

- (注) 添付書類    (1) 入居しようとする者全員の住民票の写し  
                          (2) 収入を証する書類  
                          (3) その他市長が必要と認める書類

(裏)

住 宅 困 窮 事 由	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 住宅以外の建物若しくは場所に居住し、又は保安上危険若しくは衛生上有害な状況にある。</li><li><input type="checkbox"/> 他人の世帯と同居して共同炊事又は共同便所である。</li><li><input type="checkbox"/> 部屋が狭すぎる。(1人平均3畳以下) 総畳数(板の間も含む) _____ 畳 1人平均畳数 _____ 畳</li><li><input type="checkbox"/> 家主から正当な理由のもとに立退請求を受けている。 (書類により、確認できること。)</li><li><input type="checkbox"/> 市外在住で、市内の勤務先までの通勤に片道2時間以上かかる。</li><li><input type="checkbox"/> 家賃が高すぎる。 (現在の家賃月額 _____ 円)</li><li><input type="checkbox"/> 住宅がないため親族(婚約者を含む)と同居することができない。</li><li><input type="checkbox"/> 上記のほか、明らかに住宅に困窮している。</li></ul> <p style="text-align: center;">( 困窮理由 )</p>
世 帯 の 状 況 等	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 遠隔地扶養親族がいる。 氏名・住所 ( _____ )</li><li><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(5・6級)の交付を受けている者がいる。</li><li><input type="checkbox"/> 次の精神障害者がいる。<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付又は障害年金を受けている。</li><li><input type="checkbox"/> 上記ではないが、精神障害者支援施設に通っている。</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> 介護保険の要介護3以上に認定されている者がいる。</li><li><input type="checkbox"/> 神奈川県特定疾患医療給付実施要綱に規定する難病者がいる。</li><li><input type="checkbox"/> 20歳未満の子を扶養しているひとり親世帯である。</li><li><input type="checkbox"/> 直近の過去5年間(平成30年度から令和4年度まで)において、連続5回落選している。 (対象期間で、当選者又は補欠当選者となり、入居案内後に辞退等で入居をしなかった場合は対象外となります。)</li></ul>