

（表）

市営住宅入居申込書

受付番号

年 月 日																																									
(宛先) 鎌倉市長																																									
住所.....																																									
申込者 (ふりがな)																																									
氏名..... ㊟																																									
電話.....().....																																									
次のとおり申し込めます。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"/> 一般世帯(人数条件なし) <input type="checkbox"/> 一般世帯(2人以上) <input type="checkbox"/> 子育て世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者(車いす使用者)単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者2人世帯																																								
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 style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td> <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) </td> </tr> </table> <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)	{	<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)																																								
申込者	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">性別</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td style="width: 15%;">生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td>市内居住開始日</td> <td colspan="5">年 月 日 (居住年数 年)</td> </tr> <tr> <td>年間総収入</td> <td colspan="5">円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">勤務先等</td> <td>名称</td> <td colspan="4">電話 () 内線</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>勤務開始日</td> <td colspan="5">年 月 日</td> </tr> </table>	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									
	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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">(ふりがな)氏名</th> <th style="width: 5%;">続柄</th> <th style="width: 15%;">生年月日</th> <th style="width: 5%;">年齢</th> <th style="width: 10%;">勤務先又は学校名</th> <th style="width: 10%;">年間総収入円</th> <th style="width: 10%;">扶養の有・無</th> <th style="width: 10%;">同居別居</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">. .</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">有 無</td> <td style="text-align: center;">同 別</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">. .</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">有 無</td> <td style="text-align: center;">同 別</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">. .</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">有 無</td> <td style="text-align: center;">同 別</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">. .</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">有 無</td> <td style="text-align: center;">同 別</td> </tr> </table>	(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
	(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																																		

- (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"><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。<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。<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<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。)<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。<input type="checkbox"/> 家賃が高すぎる。 (現在の家賃月額 _____ 円)<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。<input type="checkbox"/> 上記のほか、明らかに住宅に困窮している。 <p style="text-align: center;">(困窮理由)</p>
世 帯 の 状 況 等	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 遠隔地扶養親族がいる。 氏名・住所 (_____)<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。<input type="checkbox"/> 次の精神障害者がいる。<ul style="list-style-type: none"><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。<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。<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。<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。<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。<input type="checkbox"/> 直近の過去5年間(平成27年度から令和元年度まで)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。)