給与証明書（市営住宅申し込み用）

住所　　氏名

１．雇用開始年月日

令和　　年　　月　　日採用

２．月例給与支給実績

※就職して１年以上の方は、最近の支給月からさかのぼって１年間の税込み支給額を記入してください。
※就職して１年未満の方は、最初の支給月から直近の支給月までの税込み支給額を記入してください。
※月の給与計算期間の途中で入社したなどの理由で、日割給与となったときには日割給与の欄にレ印をつけて下さい。

支給月	支給額（通勤費を除く）	日割給与	支給月	支給額（通勤費を除く）	日割給与
令和　年１月	円	□日割	令和　年７月	円	□日割
令和　年２月	円	□日割	令和　年８月	円	□日割
令和　年３月	円	□日割	令和　年９月	円	□日割
令和　年４月	円	□日割	令和　年10月	円	□日割
令和　年５月	円	□日割	令和　年11月	円	□日割
令和　年６月	円	□日割	令和　年12月	円	□日割

合計	円

日割給与を除く合計	円	ヵ月分

３．月例給与の計算期間および支給日

※該当するものにレ印をつけ、日にち等を記入してください。

□前月　１日から前月末日締め、当月　　日支払い　　□前月　　日から当月　　日締め、当月　　日支払い
□当月　１日から当月末日締め、当月　　日支払い　　□その他（　　）

４．賞与支給実績

支給時期	支給月	支給額	支給時期	支給月	支給額
夏季	令和　年　月　日	円	その他	令和　年　月　日	円
冬季	令和　年　月　日	円	合　計		円

５．扶養状況等

※該当するものにレ印をつけ、人数を記入してください。

同一生計配偶者の有無	扶養親族の数（配偶者を除く）			障害者の数（本人を除く）		本人該当欄				
						夫または妻の有無	本人が障害者		寡婦	ひとり親
	特定	老人	その他	特別	その他		特　別	その他		
□有り □無し	人	人	人	人	人	□夫有り □妻有り	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない

上記のとおり相違ないことを証明いたします。なお上記の記載事項は、税務署等へ申告する「源泉徴収票」と同一の内容です。

令和　　年　　月　　日　　事業所所在地

電話

事業所名

代表者氏名　　㊞

雇用証明書（市営住宅申し込み用）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．雇用開始年月日

令和　　年　　月　　日採用

２．就労時間

午前 午後　　時　　分から　午前 午後　　時　　分まで　休憩時間等を除く実働時間　　時間　　分

３．就労日数

ひと月平均（見込）　　日間

４．支給（予定）額

※該当するものにレ印をつけ、金額を記入してください。

□月給＿＿＿＿＿＿＿＿円（いわゆる日給月給制を含む）

□日給＿＿＿＿＿＿＿＿円

□時給＿＿＿＿＿＿＿＿円

５．扶養状況等

※該当するものにレ印をつけ、人数を記入してください。

同一生計配偶者の有無	扶養親族の数（配偶者を除く）			障害者の数（本人を除く）		本人該当欄				
						夫または妻の有無	本人が障害者		寡婦	ひとり親
	特定	老人	その他	特別	その他		特　別	その他		
□有り □無し	人	人	人	人	人	□夫有り □妻有り	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない

上記のとおり相違ないことを証明いたします。なお上記の５の扶養状況は、当方で保管する「給与所得者の扶養控除等（異動）申告書」と同一の内容です。

令和　　年　　月　　日　　事業所所在地

電話

事業所名

代表者氏名　　㊞

収 支 明 細 書（市営住宅申し込み用）

１．事業の内容

※できるだけ具体的に書いてください。

⑴　事業等の開始時期ないし就労開始時期

⑵　事業・就労等の内容

２．収入の計算期間

令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までの　　ヵ月間

３．収支明細

※「事業の種類」ごと（営業、農業等の別）にそれぞれ収入金額、必要経費等、所得金額を記入して下さい。
※「②必要経費等」には「①収入金額」を得るために要した費用を記入して下さい。

事業の種類	①収入金額	②必要経費等	所得金額（①－②）
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合計	円	円	円

４．扶養状況等

※該当するものにレ印をつけ、人数を記入してください。

同一生計配偶者の有無	扶養親族の数（配偶者を除く）			障害者の数（本人を除く）		本人該当欄				
						夫または妻の有無	本人が障害者		寡婦	ひとり親
	特定	老人	その他	特別	その他		特　別	その他		
□有り □無し	人	人	人	人	人	□夫有り □妻有り	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない	□該当する □該当しない

私の所得金額は上記のとおり相違ありません。なお、上記に虚偽の記述がある場合は、入居申し込みを取り消されても異義ありません。

令和　　年　　月　　日

氏　　名

在 職 証 明 書（市営住宅申し込み用）

住　　所

氏　　名

生年月日

勤 務 地

　上記の者は、平成・令和　　年　　月　　日より、当社に在職していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

電話

事 業 所 名

代 表 者 氏 名　　㊞

退 職 証 明 書（市営住宅申し込み用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、令和　　年　　月　　日をもって、当社を、

退職したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

電話

事 業 所 名

代 表 者 氏 名　　㊞

退職予定証明書兼誓約書（市営住宅申し込み用）

私は、このたび北九州市営住宅への入居申し込みにあたり、現在の勤務先を退職する予定であることを申し立てます。

ついては、入居手続時までに、退職の事実が発生したことを証する書類（退職証明書等）を提出いたします。

入居手続時までに前述の書類を提出できない場合は、失格とされても異議のないことを誓約いたします。

北九州市長　様
北九州市住宅供給公社理事長　様

令和　　年　　月　　日

申　込　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

退職予定者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の退職予定者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は現在、当社に在職していますが、令和　　年　　月　　日をもって退職する予定であることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

電話

事 業 者 名

代 表 者 氏 名　　印

婚姻予定証明書兼誓約書

私は、このたび婚約が整い北九州市営住宅の入居申し込みを行いました。

ついては、婚姻後速やかに『住民票（続柄記載）』か『戸籍全部事項証明書』または『婚姻届受理証明書』を提出いたします。

申し込みから **6** ヶ月以内に婚姻できない等の理由のため「失格事項」に該当する場合は、入居許可を取り消されても異議なく、速やかに退去することを誓約いたします。

北九州市長　様
北九州市住宅供給公社理事長　様

令和　　年　　月　　日

申　込　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

婚　約　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の両名は、このたび婚約が整い、令和　　年　　月　　日に婚姻する予定であることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

証　明　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

北九州市長　様
北九州市住宅供給公社理事長　様

申　　立　　書

（申立理由）

上記のとおり相違ありません。

虚偽の申立をした場合は、入居申込みを取り消されても異議のないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

申立人　住　所　　区

氏　名

誓　　約　　書（市営住宅申し込み用）

私は、住宅ローンが支払不能に陥り、持ち家を手放すことになり、このたび北九州市営住宅への入居申し込みを行いました。

ついては、入居手続時までに、所有権移転登記等により持ち家を売却したことを証する書類を提出いたします。

入居手続時までに前述の書類を提出できない場合は、失格とされても異議のないことを誓約いたします。

北九州市長　様
北九州市住宅供給公社理事長　様

令和　　年　　月　　日

申　込　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自家所有者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

単身入居の入居者資格認定のための申立書

以下の申立のとおり相違ありません。

また、単身入居の入居者資格の判断に際し、必要があると認めるときは、関係機関に対して、必要と認める範囲内で本申立書及び面接等の調査で知りえた事項について、情報を提供することに同意します。

さらに単身入居の入居者資格の判断に際し、必要があると認めるときは、その心身の状況、受けることができる介護の内容その他必要な事項について、関係機関に調査することを同意します。

令和　　年　　月　　日

氏名

1．現在のあなたのおすまい等の状況についておたずねします。

⑴　あなたの現在のおすまい等は

□　住宅　　□　施設・病院等

□　その他（具体的に：　　）

⑵　住宅におすまいの方におたずねします。

○　あなたの住んでいる居室の階層は

□　１階　　□　２階（エレベーターの有無：有・無）

□　３階以上（エレベーターの有無：有・無）

○　同居している方は

□　いる　　□　いない

⑶　施設・病院等に入っておられる方におたずねします。

○　施設・病院等の名称（　　）

○　施設・病院等の種類

□　特別養護老人ホーム　　□　障害者支援施設　　□　病院・診療所

□　その他（　　）

○　現在の施設・病院等から市営住宅への移転を希望する理由をご記入ください。

2．現在のあなたの心身の状況についておたずねします。

⑴　介護保険法による市町村の認定を

□　受けている（要支援・〔要介護１・２・３・４・５〕）　　□　受けていない

⑵　障害者自立支援法による市町村の認定を

□　受けている（障害支援区分〔区分１・２・３・４・５・６・非該当〕）

□　受けていない

⑶　日常生活において何か福祉用具を使用していますか。

□　使用している（福祉用具の種別：　　）　　□　使用していない

３．あなたの現在の日常生活における介護（介助・援助）の状況等についておたずねします。表中の該当する欄にマル印を記入してください。

また、介護（介助・援助）が必要な場合は、現在受けている介護（介助・援助）の内容、入居申込みをした公営住宅において受ける予定の介護（介助・援助）の内容等について、具体的に記入してください。

項目		①　現在の日常生活において介護（介助・援助）を必要としていますか。			②　①において介護が必要と答えた場合、現在の介護（介助・援助）をどこから受けていますか。			③　①において介護（介助・援助）が必要と答えた場合、市営住宅に入居したときにどこから介護（介助・援助）を受ける予定ですか。		
		不必要	一部必要	全部必要	介護保険による居宅介護サービス	介護保険以外による介助・援助		介護保険による居宅サービス	介護保険以外による介助・援助	
						公的機関（区役所など）	民間（ボランティア団体、NPO、親族など）		公的機関（区役所など）	民間（ボランティア団体、NPO、親族など）
基本的な動作	居宅における移動									
	食事									
	お風呂									
	トイレ									
	着替え									
	炊事・洗濯・掃除などふだんの家事									
その他	相談									
	見守り									

○　現在受けている介護（介助・援助）について、内容・頻度、実施団体名等を具体的にご記入ください。

○　現在受けている医療（訪問看護、通院、服薬、急に持病の症状が出たときの方法など）があり、それについて知らせておきたいことがあれば、その具体的な内容をご記入ください。

○　入居申込みをした市営住宅において受けることを予定している介護（介助・援助）について内容・頻度、実施団体名等を具体的にご記入ください。

単身入居の居住継続支援体制について（市営住宅申し込み用）

申 込 団 地	団地	住 宅 番 号	棟　　号		
ふりがな 氏　　名		性　別	男 ・ 女		
生 年 月 日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）				
緊急連絡先 （親族等）	ふりがな 氏　　名		続柄		
	住所・電話番号	〒 TEL　　－　　－			
緊急連絡先 （医療機関等）	医療機関名				
	住所・電話番号	〒 TEL　　－　　－			
病　名	主たる精神障害				
	従たる精神障害				
	身 体 合 併 症				
障害の程度	療　育　手　帳	Ａ１ ・ Ａ２ ・ Ａ３ ・ Ｂ１ ・ Ｂ２			
現在の生活状況					
初回診断時の状況及び治療の経過					
現在の病状					
単身での市営住宅居住継続についての支援プラン					

上記の者（以下、「入居者」という。）の市営住宅への単身入居にあたって、常時入居者及び市からの相談に応じて、入居者が市営住宅入居後に円滑な生活を営めるよう支援を行います。

また、入居者の生活の安寧を妨げる事態が発生し、入居者または市から当該事態の収拾要請を求められたときは、速やかに必要な支援を行い、当該事態の収拾に努めます。

令和　　年　　月　　日

常時相談を受けることのできる医療機関又は障害者支援施設等の関係機関

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

団 体 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師意見書（市営住宅申し込み用）

<table>
<tr><td colspan="2">ふりがな
氏　　名</td><td>性　別</td><td colspan="2">生 年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>□ 男
□ 女</td><td colspan="2">T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">病名</td><td rowspan="2">主たる精神障害</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">本人告知　□有　□無　　本人病識　□有　□無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">従たる精神障害</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">本人告知　□有　□無　　本人病識　□有　□無</td></tr>
<tr><td>身体合併症</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>精神障害者
保健福祉手帳</td><td colspan="4">□有［ 精神障害者保健福祉手帳　１級　・　２級　・　３級 ］
□無［ 上記手帳1～3級の福祉サービス受給を要する障害程度に相当　□する（1級・2級・3級）　□しない ］</td></tr>
<tr><td colspan="5">最近の病状</td></tr>
<tr><td colspan="5">市営住宅単身入居申込み及び単身居住継続にかかる問題行動の有無及びその内容
□有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="5">症状悪化の着目点及び悪化時の対処方針</td></tr>
<tr><td rowspan="7">医療及び保健福祉サービスの状況</td><td colspan="2">現在、「著名な興奮」や「自傷他害」が</td><td colspan="2">□ある　　□ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">過去３ヶ月程度、顕著な病状変化が</td><td colspan="2">□ある　　□ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">過去６ヶ月間の通院状況</td><td colspan="2">□ほぼ確実に通院している
□不定である
□現在入院中</td></tr>
<tr><td colspan="2">望ましい通院回数</td><td colspan="2">＿＿週・月あたり＿＿回程度
□必要なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">医師が、通院が必要と判断している場合には、服薬・通院がほぼ確実で</td><td colspan="2">□ある　　□ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人が生活上の問題を相談する人（支援機関）が</td><td colspan="2">□ある（機関名＿＿＿＿＿＿）
（担当者＿＿＿＿＿＿）
□ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在利用している保健福祉サービス</td><td colspan="2">□訪問看護
□ホームヘルパー
□金銭管理サービス
□その他（　　）</td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

医 療 機 関 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 目＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医 師 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注：この意見書の作成にかかる費用は自己負担となります。

証　　明　　書

都道府県　　殿

市町村

住　所			
氏　名		年　齢	

上記の者は、次のとおりハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律（平成13年法律第63号）第２条に規定する国立ハンセン病療養所等に入所していたことを証明します。

入所していた国立ハンセン病療養所等の名称	
入所期間	年　月　日から　年　月　日まで

（備考）「入所期間」は、平成８年３月31日までの間のもの

令和　年　月　日

国立ハンセン病療養所等の長
（厚生労働省健康局がん・疾病対策課長）　㊞

立退き証明書（市営住宅申し込み用）

私は、（賃借人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に賃貸している

（物件）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について、

（立退き事由）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿のため、

（立退き期日）　令和　　年　　月　　日　までに

立退くよう請求していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

（賃貸人）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

家 賃 証 明 書（市営住宅申し込み用）

私は、（賃借人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿から

家賃（共益費を除く）として　月額＿＿＿＿＿＿＿＿円の

支払いを受けていることを証明します。

令和　　年　　月　　日

証明者 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿

申込者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

親子近居募集・居住状況調査書

1. 希望する団地番号と団地名をご記入ください

番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　団地名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 団地(親子近居のみ)

2. 申込者の世帯状況を下記欄にご記入ください

氏名	性別	続柄	生年月日	住所
	1 男 2 女	申込者本人	大・昭・平・令 年　月　日	区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区
	1 男 2 女		大・昭・平・令 年　月　日	□上記と同じ 区

申込日現在、2申込者の世帯員が、3近居する相手と同居している場合は、申し込みできません。

3. 近居する相手について下記欄にご記入ください

氏名	性別	続柄	生年月日	住所
	1 男 2 女	1　申込者本人の父母 2　配偶者の父母 3　申込者本人の祖父母 4　配偶者の祖父母 5　子 6　孫 7　申込者本人の兄弟姉妹 8　配偶者の兄弟姉妹	大・昭・平・令 年　月　日	区 ※市営住宅の場合 団地 棟　号

※ 記入に際して下記事項を必ずお読みください。

1 続柄は申込者本人からみた続柄をご記入ください。

2 募集する市営住宅と同一の小学校区内に近居する相手の住所がある方しか申し込みできません。

北九州市長　様

北九州市住宅供給公社理事長　様

パートナーシップ宣誓に関する誓約書

私は、『パートナーシップ宣誓書受領証』の交付を受ける予定で、北九州市営住宅へ入居の申し込みを行いました。

ついては、交付を受けしだい、速やかに『パートナーシップ宣誓書受領証』の写しを提出いたします。

なお、申込日から６ヶ月以内に上記受領証の交付を受けず、その写しを提出しない場合は、入居の許可を取り消されても、異議なく速やかに退去することを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

入居団地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿団地

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿棟＿＿＿＿＿＿＿＿号

申 込 者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同 居 人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(パートナー)

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認定月額計算シート（試算用紙）

この用紙は申込書ではありません。あなたの認定月額の試算にお使い下さい。

1．年間の所得金額

氏　　名	収入の種類	年間収入金額	年間の所得金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
			円

2．控除額

控除の種類	内　　容 ※詳細はP21を参照	控除額	控除額計
同居親族控除	申込者を除く同居しようとする親族（婚約者、内縁関係、パートナーシップ宣誓書受領証の受領者を含む）	380,000円 ×　　人	0,000円
別居親族控除	入居はしないが入居者の扶養を受けている人	380,000円 ×　　人	0,000円
特定扶養控除	扶養親族の中で満16歳以上23歳未満の人がある場合	250,000円 ×　　人	0,000円
老人控除対象配偶者控除	扶養する配偶者が満70歳以上である場合	100,000円 ×　　人	0,000円
老人扶養控除	扶養親族の中で満70歳以上の人がある場合	100,000円 ×　　人	0,000円
ひとり親控除	所得のある人がひとり親である場合	350,000円 ×　　人 （所得額が35万円以下の場合はその額）	円
寡婦控除	所得のある人が寡婦である場合	270,000円 ×　　人 （所得額が27万円以下の場合はその額）	円
特別障害者控除	申込者を含む入居者または扶養親族で重度の障害者がある場合	400,000円 ×　　人	0,000円
障害者控除	申込者を含む入居者または扶養親族で特別障害者にはあたらない障害者がある場合	270,000円 ×　　人	0,000円
特例控除	申込者を含む入居者で過去一年間において給与所得又は公的年金等に係る雑所得を有する者がある場合	100,000円 ×　　人 （所得額が10万円以下の場合はその額）	円
世帯の控除額（合計）			円

3．認定月額

世帯の年間の所得金額　　円　－　世帯の控除額（合計）　　円　＝　認定年額　　円

認定年額　　円　÷　１２（ヵ月）　＝　認定月額　　円

（１円未満の端数切り捨て）