

市営住宅入居申込書

抽選番号

※職員記入欄

年 月 日

朝霞市長 宛

市営住宅に入居したいので、下記のとおり申し込みます。

入居申込者	住所	〒 ー					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	電話番号	
	氏名						
	勤務先	所在地			電話番号		
名称				職業			
同居をしようとする親族	フリガナ			続柄	生年月日	職業	
	氏名				年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
入居を希望する市営住宅・間取り		朝霞市営 住宅 ・ DK					

●以下1～9の項目のいずれかに該当する方は、番号を○で囲んでください。倍率優遇措置として抽選番号を2個持てます。(○が複数あっても2個のみです。また、内容と事実が相違しているときは失格となります。)

抽選の特例に該当する世帯	1	《単身者の場合》申込者が60歳以上である。 《同居者がいる場合》申込者が60歳以上で、かつ全ての同居者が下記のいずれかに該当する。 〔・配偶者(婚約者または内縁関係者またはパートナーを含む。) ・60歳以上の親族 ・18歳未満の親族〕
	2	申込者が配偶者のいない女性・男性で、20歳未満の児童を扶養している。(別居・調停中の方は非該当)
	3	申込者または同居する親族が下記のいずれかに該当する障害者世帯である。 〔 ・1級～4級の身体障害者手帳の交付を受けている方 ・1級または2級の精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている方 ・㊳、AまたはBの療育手帳(みどりの手帳)等の交付を受けている方 ・戦傷病者手帳(障害の程度が「恩給法」別表第1号表ノ2の特別項症から第6項症まで、または同法別表第1号表ノ3の第1款症である方)の交付を受けている方 〕
	4	申込者または同居する親族が生活保護受給中である。
	5	申込者または同居する親族が「ハンセン病療養所入居者等に対する補償金の支給等に関する法律」第2条に規定するハンセン病療養所等に入所していた。
	6	申込者が被爆者健康手帳の交付を受けている。
	7	申込者が「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」に規定する配偶者からの暴力の被害者で次のいずれかに該当する。 〔 ・婦人相談センターで保護が終了し、または母子生活支援施設で入居が終了した日から5年を経過していない方 ・裁判所が決定した保護命令が効力を生じた日から5年を経過していない方 〕
	8	申込者が終戦に伴って海外から日本に永住を目的として帰国した方で、厚生労働省から永住帰国者証明書の交付を受け、引き揚げた日から起算して5年以内である。
	9	申込者が「犯罪被害者等基本法」に規定する犯罪被害者等で次のいずれかに該当する。 〔 ・犯罪等の影響により収入が著しく減少し、現在居住している住宅に居住し続けることが困難となった方 ・現在居住している住宅又はその付近で犯罪等が行われ、当該住宅に居住し続けることが困難となった方 〕

上記のとおり相違ありません。なお、上記の申込内容と事実が相違しているときは、失格とされても異議ありません。

入居資格の審査及び家賃の額の設定のために必要があるときは、入居申請者及び同居者の住民基本台帳、課税台帳等により当該入居資格等の審査に係る朝霞市長又は他市町村若しくは埼玉県警察等関係機関が管理する情報について調査・照会し、収集することに同意します。

氏 名