

県 営 住 宅 入 居 申 込 書

令和 年 月 日

愛媛県中予地方局長 様

住 所 〒

（※アパート等は部屋番号まで記入してください。）

ふりがな

申込者 氏 名 ⑩

電話番号

（区分 自宅・勤務先・携帯電話）

（※昼間に連絡が取れる電話番号を記入してください。）

※ 受付		※ 申 込 区 分	一 般		
希 望 事 項			特目 A	車椅子用	
住 宅 区 分	一般県営住宅 ・ 特定公共賃貸住宅			シルバーハウジング	
地 区 別	伊予 ・ 城北城西 ・ 城南 ・ 城東			子育て世帯用	
団 地 名			特目 B	老人	
構 造	高耐 ・ 中耐 ・ 簡2			心身障害者	
型 別 ※朝美 石井新 砥部新のみ	1LDK ・ 2DK ・ 3LDK			母子・父子	
階 数	1階希望 ・ 有 ・ 無			多子	
			多家族		
			DV被害者		
			子育て		
			若年夫婦		
			災害被災者・犯罪被害者・ハンセン病		
			単 身		

入居しようとする親族	申込者との続柄	ふりがな氏名	生年月日（年齢）	職 業（勤務先名）	備 考
	本人		年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
	合計	人	入居する親族以外の 扶養親族名	(歳)	(歳)

住宅を必要とする理由	※ 審 査	
	実態調査	
	判 定	

注1 記名押印に代えて署名することができる。
 2 ※印の欄は、記入しないこと。
 3 申込者の連絡先及び住宅区分の欄は、該当するものを○で囲むこと。
 4 入居資格自己チェックリスト1（入居資格）を併せて提出してください。特目住宅Aへの入居資格があり、かつ入居を希望される方、又は特目Bへの優遇入居資格がある方は入居資格自己チェックリスト2（優遇入居資格）も提出してください。