

令和6年5月 毎月募集 都営住宅使用申込書

令和6年5月 日

受付番号		切手料金	
公募区分	202405	03毎月募集	
	9	抽せん区分	1

切手貼付欄

(63円切手2枚をはがれないようにのりでしっかりと貼ってください。)

東京都知事殿

私は、東京都営住宅条例に基づく都営住宅を使用したいので、申込みます。
 なお、この申込書の記載内容が事実と相違するとき、又は申込者（現に同居し、又は同居しようとする親族又はパートナーシップ関係にある方を含む。）が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第六号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）であるときは、使用予定者の決定を取り消されても異議ないことを誓約いたします。
 また、許可の上は、申込者（同居するものを含む。）が暴力団員であることが判明したときは、速やかに住宅を明け渡すことを誓約いたします。暴力団員であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意いたします。

・太線枠内のみ、必ず記入してください。記載事項の変更は、できませんので注意してください。

1 入居を希望する申込地区番号を記入してください。

申込地区番号	
--------	--

1か所のみ申込み可能です。
 一世帯で2通以上の申込み（重複申込み）は、**すべて無効**となりますので、注意してください。
 また、他の都営住宅募集ですでに当せん（随時募集の場合は申込み）若しくは入居資格審査に合格し、又は入居待機者として登録され、辞退していない有効な応募がある方は、毎月募集に申込みできません。

2 申込区分は2ページの中から、該当する申込区分を一つだけ選び、その番号を記入してください。

申込区分	
------	--

申込区分の資格要件を満たしていないと失格となりますので、募集のご案内の入居資格のページをよく確認してください。

3 申込者について記入してください。なお、この方が都営住宅使用許可後の名義人となります。

申 込 者	郵便番号	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	平日の日中に連絡のつく電話番号	<input type="text"/>	
	現住所	東京都					
	フリガナ						
	氏名	氏	名	生年月日	大正	昭和 年 月 日	
	フリガナ				平成	満 () 歳	
	通称名 (外国人の場合)	氏	名				
	都内居住年数	年	申込日現在の同居人数	※	都営住宅に入居する人数	※	人
	在留資格 (外国人の場合)			在留期間 (外国人の場合)	年 月 日 ~ 年 月 日		

※ 申込者本人を含んだ人数を記入してください。

4 都営住宅に入居するすべての方について記入してください。続柄番号は2ページの「続柄番号表」をお確かめください。

フリガナ 氏名	続柄 続柄番号	生年月日	年間所得金額	特別控除 (○で囲む)	申込日時時点の勤務先又は 学校の名称・所在地	職業
申込者	本人 01	上記3で確認できますので、記入の必要はありません。	円	1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者 5 寡婦 6 ひとり親	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	年 月 日
		大昭平令 年 月 日 満 () 歳	円	1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者 5 寡婦 6 ひとり親	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	年 月 日
		大昭平令 年 月 日 満 () 歳	円	1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者 5 寡婦 6 ひとり親	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	年 月 日
		大昭平令 年 月 日 満 () 歳	円	1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者 5 寡婦 6 ひとり親	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	年 月 日
		大昭平令 年 月 日 満 () 歳	円	1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者 5 寡婦 6 ひとり親	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	年 月 日
年間所得金額合計 A			円	特別控除金額 B	円	差引所得金額 C = A - B

5 申込者又は同居親族の所得税法上の扶養親族で、都営住宅に入居しない方がいる場合には、その氏名を記入してください。

氏名	氏名	氏名	氏名

6 現在お住まいの住宅の状況について、記入してください。東日本大震災等の被災者の方で、仮設住宅として提供を受けている住宅にお住まいの方は、17 その他に「仮設住宅」と記入してください。

住宅の種類 ○をつけてください。	3 賃貸アパート 4 賃貸マンション 5 借家 6 親族の持家 7 UR賃貸住宅 8 公社住宅 9 社宅・寮 10 都民住宅 11 区市町村営住宅 12 都営住宅 13 自分の持家 14 母子生活支援施設 15 一時収容施設 16 借間 17 その他 ()		
家賃 (共益費、駐車場料金等を除く)	月額	円	間取り (1K、2DK等)
間取りのK・DK・LDKを除いた部分の 畳数の合計	合計	畳	※ 住宅が狭いことを理由とした、都営住宅等公的住宅からの 申込及び世帯を分離する申込みの方のみ記入してください。
			※ 住戸専有面積 m ²

※住宅の種類で11,12を選んだ方で、世帯向の区別に申込み場合は下記ア～オのいずれかの理由に○をつけてください。
ア 住宅が狭い **イ 通勤時間が長い** **ウ 居室内の段差が日常生活に著しい支障をきたす** **エ 今回入居しない親族の名義**
オ 現在定期使用住宅にお住まいで、使用許可日から5年経過しており、都営住宅の申込資格にあてはまる
 (ア～エの詳細については入居資格4-2の「4住宅に困っていること」の(2) 公営住宅等の欄を確認してください。
 上記のいずれにもあてはまらない場合、申込みできません。)

7 都営住宅に入居する方の中に、階段の上り下りが困難な方はいらっしゃいますか。
 ○を付けてください。

いません	歩行困難な 人がいます	車いす使用 者がいます
------	----------------	----------------

8 都営住宅に入居する方の中に、住宅や土地を所有している方はいらっしゃいますか。
 ○を付けてください。

いません	います
------	-----

住宅の種類別 申込みする世帯	世帯向 (一般募集住宅)	若年夫婦・ 子育て世帯向 住宅	結婚予定者 世帯向住宅
	居室内で病死等 があった住宅		
一般世帯	001	/	/
若年夫婦・ 子育て世帯	001	133	/
結婚予定者 世帯	001	133	136

60歳以上	101
身体障害者1級～4級	023
単身精神障害者	103
単身知的障害者	104
生活保護または中国残 留邦人支援給付受給者	026
海外からの引揚者	027
ハンセン病療養所 入所者等	035
単身DV被害者	105

夫	11	祖父	62
妻	12	祖母	63
未届の夫	13	兄	71
未届の妻	14	弟	74
子(男)	29	姉	81
子(女)	39	妹	84
孫	41	婚約者	15
父	51	パートナー	17
母	52	その他	96

※1ページ2に記入する際にご利用ください。
 東日本大震災被災者の方は3ページの区分番号表を確認してください。

※1ページ4、3ページ11に記入する際にご利用ください。

東日本大震災の被災者世帯の方は、3ページ目も記入してください。

9 東日本大震災被災者世帯の方は被災時に居住していた住宅について記入してください。

被災した当時の住所		同居していた 人数		住宅 の 種類	○をつけてください。
					自己所有 親族の持家 賃貸住宅 その他

申込区分が「住宅が滅失した方・居住制限者」である方が記入するのは以上です。

被災の内容が「支援対象避難者（全員避難・一部避難）」である方のみ記入してください。

10 平成23年3月11日における世帯構成員の中に、収入認定の特例（年間所得金額の2分の1の額を所得金額とみなす措置）を受けて、公営住宅に入居している方がいますか。
あてはまるものに○をつけてください。

いません	います
------	-----

被災の内容が「支援対象避難者（一部避難）」である方のみ記入してください。

11 平成23年3月11日における世帯構成員で、申込期間に都営住宅の申込者と同一生計である方の中に、現に福島県の支援対象地域にお住まいであり、都営住宅に入居しない方がいる場合は、その方全員について記入してください。
続柄番号は2ページの「続柄番号表」をご確認ください。

- あてはまる番号に○をつけてください。
- 1 入居する方の配偶者
 - 2 入居する方を扶養している方
 - 3 それ以外の方

入居する 方との 関係	フリガナ		続柄 続柄番号	生年月日	年間所得金額	特別控除 (○で囲む)	申込日時点の勤務先又は 学校の名称・所在地	職業
	氏名							
1				大昭平令		1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	
2				年月日				
3				満()歳	円		年 月 日	
1				大昭平令		1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	
2				年月日				
3				満()歳	円		年 月 日	
1				大昭平令		1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	
2				年月日				
3				満()歳	円		年 月 日	
1				大昭平令		1 老人扶養 2 特定扶養 3 障害者 4 特別障害者	所在地 名称 電話 勤務開始・ 開業年月日	
2				年月日				
3				満()歳	円		年 月 日	
年間所得金額合計 D					円	特別控除金額 E	円	世帯の 差引所得金額 H = F - G
表面の年間所得金額 合計 A					円	表面の特別 控除金額 B	円	
世帯の年間所得金額 F = (D + A) ÷ 2					円	特別控除金額 G = E + B	円	

※上記11の記入上のご注意

- ・続柄は、都営住宅の申込者から見た続柄を記入してください。
- ・年間所得金額の欄は、左はじの「入居する方との関係」が1または2である場合のみ、記入してください。
- ・特別控除は、都営住宅に入居する方の被扶養者である場合に限り、控除の対象となります。なお、特別控除金額は2分の1の額にする必要はありません。
- ・Hの額（世帯の差引所得金額）が所得基準を超える場合は申込みできません。

住宅の種類別 申込みする世帯	世帯向 (一般募集住宅)	若年夫婦・ 子育て世帯 向住宅	結婚予定者 世帯向住宅
	居室内で病死等が あった住宅		
住宅が滅失した方	201	212	236
居住制限者	301	312	336
支援対象避難者 (全員避難)	401	412	436
支援対象避難者 (一部避難)	501	512	536

※1ページ2に記入する際にご利用ください。