

令和7年度 市営住宅入居申込書

(宛先)新潟市長

入居申込者 (名義人)	郵便番号	自宅電話番号	携帯電話番号	受付窓口收受印欄				
	〒 -	() -	() -					
同居しようとする親族	(新潟市内の場合は区名から記載) 都道府県 市区町村							
	(フリガナ) 氏	(フリガナ) 名	続柄	生年月日	障がい等			
別居扶養親族			本人	年 月 日 (歳)	無	身(級) 難病 精(級) 病 知() □		
				年 月 日 (歳)	無	身(級) 難病 精(級) 病 知() □		
				年 月 日 (歳)	無	身(級) 難病 精(級) 病 知() □		
				年 月 日 (歳)	無	身(級) 難病 精(級) 病 知() □		
				年 月 日 (歳)	無	身(級) 難病 精(級) 病 知() □		
生活保護	□受給中 □無		希望居室数	□2室以下 □3室以上(単身者不可)		裏面⑧の区分		
申込地域 (一つだけ ○で囲む)	豊栄松浜町 山の下 藤見町(子育て有) 中山(単身不可) 新石山 石山(子育て有)		子育て世帯向住宅への入居を希望する場合は下記に☑を入れてください					
子育て世帯向住宅への入居希望 (小学校修了前(平成25年4月2日以降生まれ)の子ども又は現在妊娠中の方がいる世帯に限る。) (藤見町第1住宅A・B号棟、藤見町第2住宅、石山住宅C11・C12棟、シルバーハウジング早川町住宅、古町みなど住宅、西湊町通1ノ町住宅、亀田向陽住宅、関屋大川前住宅、小針第2住宅)								
<input type="checkbox"/> 希望する 注意 子育て世帯向住宅への入居の希望は、申込地域に子育て世帯向住宅がある場合に限りです。 <input type="checkbox"/> 希望しない (当選時点で単身者の場合は、入居者資格を満たさないので入居できません。)								
次の世帯は抽選で優遇措置が受けられます。(重複適用はありません。) なお、当選された方は後日、次のことが確認できる証明書(障害者手帳の写し等)を提出していただきます。 <input type="checkbox"/> 子育て世帯(小学校修了前(平成25年4月2日以降生まれ)の子ども又は現在妊娠中の方がいる世帯) <input type="checkbox"/> 母子(父子)世帯(子どもは、20歳未満に限ります。) <input type="checkbox"/> 障がい者世帯(□身体障害者手帳1~4級 □精神障害者手帳 □療育手帳をお持ちの方がいる世帯) 又は <input type="checkbox"/> 難病患者の方がいる世帯 <input type="checkbox"/> 多子世帯(満18歳未満の子どもが3人以上いる世帯) <input type="checkbox"/> 配偶者からの暴力による被害者世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待被害者世帯 <input type="checkbox"/> その他法令等で定める場合								
おもいやり住宅(3階建以上の住宅の1階)への入居者資格要件 <input type="checkbox"/> 高齢者(60歳以上の方がいる世帯) <input type="checkbox"/> 身体障がい者等(注意 身体障害者手帳の下肢不自由1・2級以外の方は、当選後に診断書の提出が必要です。) <input type="checkbox"/> 資格なし								
困窮理由	1 他世帯と同居	2 狭い	3 遠距離通勤	4 非住宅に居住()	5 高家賃(円)	6 立ち退き要求	7 その他(理由を記載)	
住宅状況	延べ	室	畳	1 民間アパート	2 公営賃貸住宅	3 借家	4 間借り	5 その他(状況を記載)

太線の枠内だけ記入してください。

誓約書

下記の条件に該当する場合は、□の中にチェック（✓又は○）をしてください。
一つでも該当しないものがある場合は、申し込むことができません。

- ① 申込者は、成人である。
- ② 持ち家がない。
- ③ 市営住宅の入居者でない。
(ただし、入居名義人の同居親族が世帯分離する場合は、申込みが可能です。)
- ④ 税金等の滞納がない。
- ⑤ 申込者及び同居しようとする親族（内縁関係にある者及び婚約者を含む。以下同じ。）は、暴力団員でない。
- ⑥ 独立の生計を営んでいる（被扶養者のみでの入居はできません。）。
- ⑦ 親族と同居して入居する。また、結婚している場合は配偶者と同居する（夫婦の別居はできません。）。
または、次のいずれかに該当し、単身で入居する。
1. 60歳以上の方。
2. 身体障害者手帳1級から4級までのいずれかに該当する。
3. 精神障害者保健福祉手帳1級から3級までのいずれかに該当する。
4. 上記精神障がい者の程度に相当する療育手帳を持っている。
5. 生活保護を受けている。
6. 条例で規定された難病患者等、原子爆弾被爆者、海外からの引揚者、ハンセン病療養所入所者又はDV被害者に該当する。
- ⑧ 月額所得が次の入居者基準に該当する。
1. 158,000円以下（改良住宅入居可）
2. 158,000円を超え259,000円以下であり、所得上限緩和世帯に該当する。
(改良住宅入居不可)

所得上限緩和世帯とは、次の世帯をいいます。

1. 60歳以上の方のみの世帯、又は60歳以上の方と18歳未満の方のみで構成される世帯
2. 小学校修了前の子ども又は妊娠している者がいる世帯
3. 身体障害者手帳1級から4級までのいずれかに該当する方がいる世帯
4. 精神障害者保健福祉手帳1級から3級までのいずれかに該当する方がいる世帯
5. 上記精神障がいの程度に相当する療育手帳をお持ちの方がいる世帯
6. 条例で規定された難病患者等、原子爆弾被爆者、海外からの引揚者、ハンセン病療養所入所者、DV被害者又は戦傷病者に該当する方がいる世帯

当選後に、上記の入居者資格を満たさないこと又は表面の入居申込書の記載事項が事実と違うことが判明した場合は、当選を無効とされても異議を申し立てません。

私は、現に住宅に困窮しており、市営住宅に入居したいので、私及び同居しようとする親族が暴力団員でないことを確認するため、新潟県警察本部長へ照会されることに同意の上、上記のとおり申し込みます。

年 月 日

申込者氏名 _____