

ポイント方式申込書

※ 裏面も必ず記入してください

(抽選結果通知用)

63 円

切手を必ず貼ってください

(注) 切手を貼っていない場合は結果を通知いたしかねますのでご了承ください。

※ 令和4年2月8日現在の家族構成でお申込みください(現住所に住居登録があり、かつ同居していること)ただし、結婚予定は申込み可
 ※ ポイント方式申込書の書き方P74〜78、住宅困窮度配点表P79をご参照ください。
 ※ 申込み受付後の変更はできませんので、十分注意のうえご記入ください。

(あて先)
神戸市長

申込者氏名

次の入居申込案内書記載の事項を了承のうえ、以下のとおり申込みます。
 なお、この内容について神戸市又は(一財)神戸すまいまちづくり公社が必要に応じて調査確認することに同意し協力します。

※ この申込書に虚偽や事実と異なる事項が記入されている場合は、申込みを無効とされても異議を申し立てません。

令和4年2月 日

ポイント方式住宅
申込番号

P -

※1~100番

88°から100°の住宅の中から選んでください。

申 込 者	いずれかに必ず○印を付けてください	神戸市内に住んでいますか	1 はい	2 いいえ
	郵便番号	-	電話番号	-
現住所	携帯番号		-	-
	(様方)			
現在住宅種別	1. 民間借家 2. 公社・UR 3. 市営住宅 4. 県営住宅 5. 持家(親族の持家も含む)			
	9. その他() 多世代の近居申込みですか(はい ・いいえ)			
いずれかに必ず○印を付けてください	神戸市内に勤めていますか		1 はい	2 いいえ
勤務先名称	勤務先電話番号		-	-
勤務先所在地				
書類等送付先住所	郵便番号	-	※現住所以外の場所へ送付希望の場合は、ご記入ください。	
	(様方)			

給与収入			年金収入			
No.	収入項目	課税区分	No.	収入項目	課税区分	
1	給与収入	課税	24	老齢年金	課税	
2	日雇い		25	老齢恩給		
3	その他手当		26	年金基金		
4	仕送り収入	非課税	27	その他(年金)	非課税	
5	労災保険手当		28	老齢福祉年金		
6	雇用保険手当		29	遺族年金		
7	高年齢雇用継続基本給付金		30	障害年金		
8	育児休業基本給付金		31	遺族恩給		
9	児童扶養手当		32	障害恩給		
10	特別児童扶養手当		33	労災保険年金		
11	傷病手当金		34	その他(年金)		
12	障害児童福祉手当		事業収入			
13	重度障害者特別給付金		No.	収入項目		課税区分
14	特別障害者手当	35	事業所得	課税		
15	特別障害給付金	36	個人年金			
16	福祉手当	37	不動産所得			
17	在日外国人等福祉給付金	38	配当利子所得	非課税		
18	医療特別手当	39	その他(事業)			
19	障害補償費(1級)	40	その他(事業)	非課税		
20	障害補償費(2級)	その他収入				
21	障害補償費(3級)	No.	収入項目	課税区分		
22	遺族補償費	41	シルバー配分金	課税		
23	その他(手当)					

次の事項に○印がない場合は配点されません。必ず○印を付けてください。

申込世帯の収入の有無 1. 収入あり 2. 収入なし

※ 収入金額欄は、収入分類番号と金額(年間)を記入してください。

フリガナ氏名	性別	続柄	続柄コード	生年月日	年齢	手帳の種類(等級)				車椅子常用	控除の種類					収入金額(上記「収入分類」参照)			
						身体障害者手帳	療育手帳(知的障害)	精神障害者保健福祉手帳(精神障害)	障害年金		老人扶養	特別扶養	特別障害	普通障害	寡婦	ひとり親	収入種類	年間総収入金額(事業等の場合は総所得金額)(円)	
																		課税収入	非課税収入
①	男・女	本人	01	T S H R		1・2・3 4・5・6	A B1 B2	1 2 3	1 2	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	給与収入 年金収入 事業収入 その他収入			
②	男・女			T S H R		1・2・3 4・5・6	A B1 B2	1 2 3	1 2	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	給与収入 年金収入 事業収入 その他収入			
③	男・女			T S H R		1・2・3 4・5・6	A B1 B2	1 2 3	1 2	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	給与収入 年金収入 事業収入 その他収入			
④	男・女			T S H R		1・2・3 4・5・6	A B1 B2	1 2 3	1 2	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	給与収入 年金収入 事業収入 その他収入			
⑤	男・女			T S H R		1・2・3 4・5・6	A B1 B2	1 2 3	1 2	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	給与収入 年金収入 事業収入 その他収入			
別居扶養	男・女			T S H R		1・2・3 4・5・6	A B1 B2	1 2 3	1 2	有 無						給与収入 年金収入 事業収入 その他収入			

※ 続柄及び生年月日の欄に記入がない場合、ポイントの計算ができないため必ず記入してください。
 ※ 児童扶養手当は給与収入の非課税の欄に記入してください。
 ※ 収入金額欄には必ず1年間の金額を記入してください。

この欄には記入しないでください

※ 世帯人数が6名以上で記入欄が足りない方は、同じ内容を記入した別紙を添付してください。

※ この入居申込書に記入された事項は、神戸市個人情報保護条例に基づいて、この市営住宅の申込みの目的以外には、使用いたしません。

裏面も必ず記入してください

No. 1 住宅困窮理由(1～10)のうち該当する番号全てに○印を付けてください

1	倉庫・事務所など住宅でない建物に居住している
2	災害の危険があるような半壊住宅やバラックに住んでいる
3	他の世帯と同居していて、便所又は炊事場が共同である
4	住宅がないため、親族と別居している
5	部屋が狭い(1人あたり4.5畳以下又は最低居住面積以下)
6	正当な立退き要求をうけているが、立退き先がない(自己の責めに帰する場合は除く)
7	通勤に片道1時間半以上かかる(電車等の待ち時間を除く)
8	収入と比較して家賃が高すぎる ※生活保護受給中の方は自己負担額(住宅扶助額の差額)がある方
9	婚約しているが、住宅がないため結婚がのびている(入籍予定 月 日)
10	その他客観的にみて、上記のいずれかと同じような理由により住宅に非常に困っている (騒音・日当り等、生活環境による理由は該当しません) 理由：

No. 2 次の事項に必ず○印を付けてください。

申込本人又は同居しようとする者に暴力団員はいない	1	いない	2	いる
生活保護受給の有無	1	あり	2	なし

No. 3 お住まいの住宅の広さを記入してください。(賃貸借契約書等で確認ください)

住宅の広さ(専有面積)	※ 記入がない場合は、配点されません。 (親族と同居の場合は建物表示の全ての面積(m ²)です) ※ 間取り面積(m ²)の証明を提出できる方
m ²	

No. 4 月額家賃(共益費を含む)を記入してください。(駐車場代は除く)

月額家賃	※ 申込本人、又は入居しようとする方が家賃を払っていること。申込本人、又は、入居しようとする方名義の家賃支払証明を提出できる方。 ※ 第三者に支払っていること。(親族等への支払いは原則不可) 住宅ローンの支払金額は、家賃ではないため不可
円	

No. 5 平成15年5月「定時募集」以降の落選回数を記入してください。

落選回数	※ ただし、平成21年5月募集以降で当選又は補欠繰上となられ辞退又は棄権された方は落選回数の履歴が一旦なくなり、「0回」になりますのでご注意ください。 (平成23年5月「定時募集」から、特定目的住宅だけの落選は多回数落選の回数には入りません)
回	

No. 6 同意の有無について、次のいずれかに必ず○印を付けてください。

私が当選した場合、記入した生活保護受給情報及び障害手帳の交付情報を、1次審査通過時点の情報で事前確認することについて	1	同意する	2	同意しない
--	---	------	---	-------

No. 7 住宅の環境(1～5)のうち該当する番号に○印を付けてください。

1	昭和56年5月31日以前に着工された住宅に居住している (所有者(家主)からの証明又は地方法務局発行の登記簿謄本で確認できること)
2	住宅、寄宿舍又は共同住宅でない(倉庫、事務所、工場に居住している)
3	正当な立退き要求を受けている(親族からの立退き、住宅ローン督促者は不可)
4	3親等内の血族、配偶者又は3親等内の姻族以外の方と6ヶ月以上同居している
5	住宅がないため、配偶者又は子と別居している(税法上の扶養を確認できる方)

No. 8 該当する番号に○印を付けてください。

風呂	1. 専用	2. 共同	3. なし	※ 親族と同居の場合、風呂・便所・炊事場は、全て「1.専用」です。
便所	1. 専用	2. 共同	3. なし	
炊事場	1. 専用	2. 共同	3. なし	

No. 9 該当する番号に○印を付けてください。

1. 阪神・淡路大震災被災者 ・被災した場所について (1) 神戸市内で被災 (2) 神戸市外で被災 ・全壊(全焼)、半壊(半焼)の罹災証明と家屋の解体証明書又は解体予定であることを証する書類について (1) 提出できる (2) 提出できない	3. ハンセン病療養所入所者等(※2)
2. 海外からの引揚者(※1)	5. DV(配偶者等からの暴力)被害者がいる世帯(※4)
4. 原子爆弾被爆者(※3)	7. 中国残留邦人等世帯(※6)
6. 犯罪被害者世帯(※5)	
8. 難病患者世帯(※7)	

- (※1) 日本に引揚げた日から5年未満で、厚生労働大臣が証明した引揚証明書を提出できる世帯の方
- (※2) ハンセン病療養所等の証明書を提出できる世帯の方
- (※3) 被爆者援護法に基づき交付された被爆者健康手帳を提出できる世帯の方
- (※4) 婦人相談所等で保護を受けている方、もしくは保護終了日又は裁判所の保護命令の効力を生じた日から5年以内であり、かつそれらの証明書を提出できる世帯の方
- (※5) 犯罪被害者等給付金の支給等による犯罪被害者等の支援に関する法律(昭和55年法律第36号)第2条第3項に定める犯罪被害者(配偶者暴力防止等法第1条第2項に規定する被害者を除く)及びその親族又は遺族。ただし、犯罪により従前の住宅に居住することが困難となったことが明らかな方であり、次のいずれかに該当することが客観的に証明される方の世帯であること。
 - ア 犯罪により収入が減少し生計維持が困難となった方
 - イ 現在居住している住宅又はその付近において犯罪等が行われたために当該住宅に居住し続けることが困難となった方
 - エ 犯罪により住宅が滅失又は著しく損壊したために居住することができなくなった方
 - イ 住宅を客体とする犯罪により居住することができなくなった方
 - ウ 犯罪により精神的な後遺症が生じ医学的に居住することができなくなった方
- (※6) 国が発行する帰国証明書が提出できる世帯の方
- (※7) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号)第1条に定めるいずれかの疾病に該当し、地域相談支援受給者証又は障害福祉サービス受給者証を交付されている世帯の方

No. 10 医療費の支払いについて

令和3年世帯全員の医療費合計	※ 令和3年1月～12月までに医療機関に支払った、世帯全員の医療費合計額を記入してください。(ただし、医療保険、傷害保険等で支払いを受けた場合は、その金額を差し引いて記入してください)
円	※ ①領収書、②令和3年分の確定申告書の控(医療費控除の記載欄) ③医療保険者が発行する医療費通知のうちいずれかで証明できる方

※ 該当しない場合、○印は不要です。
※ 同意の有無に係らず、2次審査時の書類提出は必要です。