

収入額再認定請求書兼異動届

年 月 日

群馬県知事 へ
 (市町村長又は群馬県住宅供給公社の理事長)

住所	
県営住宅の名称及び住宅番号	県営住宅 棟 号
入居者氏名	
自宅電話番号	
携帯電話番号	

1 異動届

次のとおり異動があったので、群馬県県営住宅管理条例施行規則第36条の規定により、届け出ます。

異動区分	(フリガナ) 該当者氏名	続柄	生年月日	異動発生日	変更後内容	
氏名変更				年 月 日		
退職・廃業等勤務先変更				年 月 日		
勤務場所変更				年 月 日		
出生				年 月 日	/	
死亡				年 月 日	/	
転出	-----	-----	-----	年 月 日	扶養	有・無
				年 月 日		有・無
その他				年 月 日		

2 収入額再認定請求

次の理由により私の収入の額に変動が生じたので、群馬県県営住宅管理条例第20条第5項及び群馬県県営住宅管理条例施行規則第30条第3項の規定により、変動後の収入の額の認定を請求します。

変動の理由 (該当する番号を ○で囲んでくだ さい。)	1 退職、廃業、転職、転業、休職又は休業したため 2 出生により同居者が増加したため 3 同居者が死亡又は転出したため 4 障害者又は特別障害者に該当することとなったため 5 別居の扶養親族を有することとなり、その人数が増加したため
--------------------------------------	--