

様式第 19 号 (第 16 条関係)

県営住宅同居承認願

受 付	年 月 日
通 達	年 月 日

入 居 住 宅	住 宅 名		県営住宅 団地 号棟 号室			
	続柄	フリガナ 氏 名	生年月日	職 業 (勤務先)	現住所	年間収入 金 額
同 居 す る 親 族						
同居の理由						
同居する 期日	年 月 日から					
<p>(確認事項) 次の事項について確認し、該当すれば□にレ印を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 同居する親族は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する暴力団員ではありません。</p> <p>上記のとおり同居したいので、承認願います。</p> <p>入居資格の確認のため、必要に応じて関係部署（警察等の公的機関）に照合することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">入居者氏名</p> <p>島根県知事 様</p>						

備考 同居しようとする者の住民票（入居者との続柄が確認できるもの）及び市町村の発行する課税証明書を添付してください。