

令和8年8月

シルバーピア 公募

都営住宅使用申込書

令和 8年 8月19日

東京都知事殿

地元（ 調布市 ）

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、申し込みます。
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6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（同居する者を含む。）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します。

受付番号

切

記入例

※この欄は、記入しないでください。

・太線枠内のみ、必ずご記入ください。記載事項の変更は原則としてできませんのでご注意ください。

①入居を希望する地区番号をご記入ください。 1ヶ所のみ申込可能です。一世帯で2通以上の申込み（重複申込み）は、全て無効となりますのでご注意ください。

申込地区番号	3861	申込住宅名	国領町三丁目	①	照会	結果	②	照会	結果
--------	------	-------	--------	---	----	----	---	----	----

②申込者についてご記入ください。（この方が都営住宅入居後の名義人となります。）

郵便番号	182-8511	自 宅 電 話	市外局番-市内局番-番号（携帯・PHS 可） 042 - 481 - 7141
現住所	東京都調布市 小島町2-35-1		
フリガナ			
氏 名	姓 調布	名 太郎	生 年 月 日 明治 大正 昭和 26年 2 月 1 日 都内 居住年数
フリガナ			
外国人の場合 通称名	姓	名	満（ 75 ）才 5 年

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

④上の②の方の現在の同居親族の人数と、都営住宅に入ろうとする人数についてご記入ください。

申込者を含め、現在は 1 人 で暮らしており、都営住宅には、 1 人 での入居を希望します。

⑤都営住宅に入居しようとする方全員について記入してください。「続柄コード」については「続柄コード表」から選択して番号をご記入ください。

氏 名	続柄コード	生 年 月 日	性別	年間所得金額	特別控除（○で囲む）	申込み時点での勤務・アルバイト先・学校の名称・所在地等	職業
フリガナ	本人		男	2,340,000 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 調布市小島町2-33-1 勤務（開業）開始年月日 昭和 平成 令和 59年 4月 1日	会社員
申 込 者	01		女	2,340,000 円		所 在 地 称 調布市小島町2-33-1 株 式 有 限 公 司 株 式 会 社 調 布 商 事 042-441-6666	
合 計				A 2,340,000 円	B （特別控除金額） 0 円	差 引 所得金額 A-B= 2,340,000 円	※所得基準を超える場合は申込みできません。

⑥都営住宅に入居はしないが、申込者または同居親族の所得税法の被扶養親族（遠隔地扶養親族）がいる場合には、その氏名・生年月日等をご記入ください。

氏 名	続柄	生 年 月 日	氏 名	続柄	生 年 月 日	氏 名	続柄	生 年 月 日
		大 昭 平 令 年 月 日 （ 才 ）			大 昭 平 令 年 月 日 （ 才 ）			大 昭 平 令 年 月 日 （ 才 ）

⑦現在お住まいの住宅について、ご記入ください。

住宅の種類	1賃貸アパート（木造） 2賃貸アパート（鉄筋） 3借家 4親族の持家 5UR賃貸住宅 6公社住宅 7社宅・寮 8都民住宅 9区市町村営住宅 10都営住宅 11自分の持家 12母子生活支援施設 13一時収容施設 14借間 15その他		
家 賃 （共益費、駐車場料金等除く）	月額 90,000 円	住戸専用面積	m ²

⑨入居しようとする方に階段の上り下りが困難な方はいらっしゃいますか。○をつけてください。

いいえ	歩行困難な人がいます	車いす使用者がいます
-----	------------	------------

⑩入居しようとする方に土地や建物の所有者はいらっしゃいますか。○をつけてください。

いいえ	はい
-----	----

氏 名	手帳の種類（○で囲む）・等級等	交付または更新年月日
	身体障害者手帳 級	昭和 平成 年 月 日
	愛の手帳 度	昭和 平成 年 月 日
	精神障害者福祉手帳 級	昭和 平成 年 月 日
氏 名	手帳の種類（○で囲む）・等級等	交付または更新年月日
	身体障害者手帳 級	昭和 平成 年 月 日
	愛の手帳 度	昭和 平成 年 月 日
	精神障害者福祉手帳 級	昭和 平成 年 月 日
氏 名	手帳の種類（○で囲む）・等級等	交付または更新年月日
	身体障害者手帳 級	昭和 平成 年 月 日
	愛の手帳 度	昭和 平成 年 月 日
	精神障害者福祉手帳 級	昭和 平成 年 月 日