

記入例

常時募集・特別募集 入居登録申込書

(宛先)新潟市長

受付窓口收受印欄

令和 7年 4月 1日

郵便番号・電話番号を  
もれなく記入

入居申込者 (名義人)	郵便番号	〒 9 5 1 - 8 5 5 0	自宅電話番号	( 025 ) 0 0 0 - 0 0 0 0	携帯電話番号	( 090 ) 0 0 0 0 - 0 0 0 0			
	自宅住所	(新潟市内の場合は区名から記載) 都道府県 中央 市区町村 学校町通1番町602番地1				裏面⑧の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1 (公営・改良入居可) <input type="checkbox"/> 2 (公営入居可)			
	フリガナ	新 潟 市 内 の 場 合 は 区 名 から 記 入	名	住 久	続柄	本人	生年月日	平成 5年 5月 5日 ( 31歳 )	障がい等
同居しようとする 親族	入居予定者全員の氏名・フリガナ・ 続柄・生年月日を全て記入			年	月	障害者手帳の等級を記入 (難病の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )	身(級) 難 精(級) 病 知( ) □		
	年			月	日(歳)	無	身(級) 難 精(級) 病 知( ) □		
	・常時募集の場合は、住宅を選択 ・特別募集の場合は、住宅名を記入			年	月	日(歳)	無	身(級) 難 精(級) 病 知( ) □	
<input checked="" type="checkbox"/> 常時募集	松浜町住宅 新石山住宅 曾野木住宅		改良あかしや棟		2××号				
<input type="checkbox"/> 特別募集	住宅								
入居希望日	5月1日		生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給無					

困窮理由	1 他世帯同居	2 狭い	3 遠距離通勤	4 非住宅に居住	⑤ 高家賃 (50,000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

困窮理由・住宅状況について  
各項目1つずつ○で囲む

注 太線の枠内だけ記入してください。

※申込みにあたって

- ・申込みできる住戸は一世帯につき一戸のみです。
- ・入居者資格審査の都合上、入居希望日に入居できない場合があります。
- ・本申込みに当選されますと、他の新潟市営住宅募集の申込みはキャンセルとなります。

裏面も記入してください

# 誓約書

下記項目のうち1つでも該当しないものがある場合、申し込むことができません。さい。  
※ ⑦は特別募集に申込みの方のみ、該当の有無を確認してください。

- 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、入居名義人の同居者)
- ④ 税金等の滞納がない。

戸籍上、結婚している場合(戸籍上、離婚していない場合)は  
配偶者との同居でなければ原則として入居できません。

なお、夫婦での入居でない場合は、当選後に提出していただく  
戸籍謄本により、戸籍上、婚姻状態にないことを確認させてい  
たきます。

- 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。)  
(最も同居でない)

単身での申込みの場合、該当する要件に✓

- ⑥ (該当しない場合、申し込むことができません) 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
- 3. 精神障害者保健福祉手
- 4. 上記精神障がい者の程
- 5. 生活保護を受けている
- 6. 条例で規定された難病  
療養所入所者又はDV被

月額所得が158,000円以下の場合に✓

給与所得者1人の場合、年収で

- 単身者：296万8千円未満、
- 2人世帯：351万2千円未満、
- 3人世帯：399万6千円未満、
- 4人世帯：447万2千円未満 の方は入居者基準に該当します。  
(詳しくは申込みご案内5ページ参照)

- ⑧ 月額所得が次の入居者基

- 1. 158,000円以下(改良)
- 2. 158,000円を超え259,000円以下

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
- 2. 小学校修了前の子どものみ
- 3. 身体障害者手帳1級か
- 4. 精神障害者保健福祉手
- 5. 上記精神障がいの程度
- 6. 条例で規定された難病  
療養所入所者、DV被

月額所得が158,000円を超え259,000円以下  
(所得上限緩和世帯に該当する)の場合に✓

給与所得者1人の場合、年収で

- 単身者：456万4千円未満、
- 2人世帯：503万6千円未満、
- 3人世帯：551万2千円未満、
- 4人世帯：598万8千円未満 の方は入居者基準に該当します。  
(詳しくは申込みご案内5ページ参照)

当選後に、上記の入居者資格を満た  
が判明した場合は、当選を無効とされ  
私は、現に住宅に困窮しており、市  
員でないことを確認するため、新潟県  
民です。

年金の場合も上の金額以下ならほぼ該当します。

下段の該当する要件に✓を記入してください。

日付、氏名を忘れずに記入  
してください。

令和 7 年 4 月 1 日

申込者氏名 新潟 住久