

提出先：大阪市（市営住宅入居資格審査用）

# 証明書

＝ 給与所得の方 ＝

## 在職証明書

フリガナ氏名

昭・平 年 月 日生

住所

上記の者は、令和 年 月 日付で採用し、現に  
当方に在職すること及び右のとおり、給与を支払ったこと  
を証明する。

令和 年 月 日

勤務先所在地

勤務先名

勤務先電話番号

代表者名

## 給与支払明細書

支払明細

支払年月	基本給(円)	手当(円)	賞与(円)	合計(円)
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
合計(円)				平均月収

※交通費は含まれません。

- 勤務先において証明書を作成してもらってください。
  - 前年1月2日以降に就職された方は、この証明書も必要です。
  - 申込日の前月までの支払明細をご記入ください。(ただし、12か月以内)  
なお、採用月が月の途中等その月の収入が1か月に満たない時は、翌月から記入してください。
  - 転職された方は、この証明書とともに前勤務先の退職証明書(前勤務先の証明があるもの)も必要です。
- ※なお、記載内容の確認をさせていただく場合がありまので、勤務先の電話番号も必ず記入してください。



## 事業所得の収支明細書

名 称		営業内容				
所在地		(Tel - )		開業年月日 令和 年 月 日		
年・月	総 収 入 金 額	必 要 経 費		所 得 額		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
・	円			円		
合 計	円			円		
所得税法上の控除	氏 名	続柄	番号	特別控除該当内容 1. 同一生計配偶者で70歳以上の者又は老人扶養親族 2. 扶養親族(16歳以上23歳未満) 3. 障がい者 4. 特別障がい者 5. 寡婦 6. ひとり親  上記にあてはまる数字を左の控除欄右端の番号枠に記入してください。	上記の金額は税務署へ申告する金額と相違ないことを誓約いたします。  令和 年 月 日  事業主氏名  _____	
		事業主本人				
		同一生計配偶者				
	扶養親族					

きりとりせん



# 退職証明書

氏 名 .....

勤務先名 .....

退職年月日 令和 年 月 日 .....

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

電話番号

名称

代表者名

○退職した勤務先において証明書を作成してもらってください。



# 婚約証明書

申込者名

.....

生年月日

年 月 日

.....

申込者住所

.....

婚約者名

.....

生年月日

年 月 日

.....

婚約者住所

.....

上記の両名は、 年 月 日に婚約が成立し、  
令和 年 月 日婚姻予定であることを証明します。

令和 年 月 日

証人の住所

.....

氏 名

.....



大阪市長 あて

障がい者手帳交付状況に関する  
本市保有情報の確認に係る同意書

大阪市営住宅への入居の申込みに係る審査にあたり、下記障がい者手帳の  
交付に関する情報を本市が保有する公簿により確認することに同意します。

但し、手帳再認定などの手続きのため確認ができない場合は、原本確認が  
必要となることを承知します。

令和 年 月 日

手帳の種類 (いずれか一つを○で囲む)	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 手帳	<input type="checkbox"/> 精神障がい者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳
交付番号	第		号
氏 名			
生年月日	年	月	日
住 所 地 (居住区)	大阪市		区

き  
り  
と  
り  
せ  
ん



# 単身者入居に関する自活状況申立書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記申し立てのとおり相違ありません。

また、単身入居の入居者資格の認定及び市営住宅の管理に際し、本申立書及び面接等の調査で知った事項について、必要のある場合は、大阪市福祉局、各住宅管理センター、時間外緊急連絡センター等に情報を提供すること、また、障がい状況等について、関係機関より情報提供を受けることに同意します。

## 1. 現在の生活環境

① 現在のおすまいは	住宅	施設・病院	その他 ( )		
② 住んでいる住宅の階層は	1階	2階	3階以上		
③ 同居している人は	いない	いる			
④ 施設・病院等(におすまいの方のみ)の名称は					
⑤ 施設・病院等(におすまいの方のみ)の種類は	特別養護 老人ホーム	障がい者 療護施設	病院・ 診療所	その他 ( )	
⑥ 市営住宅への入居希望理由は	家賃 が安い	親戚が 近い	立退き	民間住宅 を断られた	その他 ( )

## 2. 現在の生活状況

① 心身の障がいの状態について	ない	ある	身体障がい ( )級程度	
			精神障がい ( )級程度	
			知的障がい ( )程度	
② 補装具を使用していますか	使用して いない	使用して いる	使用していれば その装具は 車いす	その他 ( )
③ 薬をのんでいますか	のんでいない	のんでいる		
④ 薬をのむ回数は	毎日( )回	その他 ( )		
⑤ 通院・通所していますか	通っている	通っていない		
⑥ 通院・通所先は				
⑦ 通院・通所の回数は	毎日	週( )回	月( )回	その他 ( )

※ うら面も必ずご記入ください。

⑧ 介護(介助・支援)を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている
⑨ 介護(介助・支援)先は	
⑩ 介護(介助・支援)の回数は	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 毎日( <input type="text"/> 回) <input type="checkbox"/> 週( <input type="text"/> 回) <input type="checkbox"/> 月( <input type="text"/> 回)
⑪ 毎日の身の廻りのことについて どうしていますか	<input type="checkbox"/> 自分で している <input type="checkbox"/> 同居人にして もらっている <input type="checkbox"/> それ以外の者に してもらっている
⑫ 買物等外出する用事は どうしていますか	<input type="checkbox"/> 自分で している <input type="checkbox"/> 同居人にして もらっている <input type="checkbox"/> それ以外の者に してもらっている
⑬ 持病はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑭ 急に持病が出たときは誰が 対応していますか	<input type="checkbox"/> 自分で何と かしている <input type="checkbox"/> 同居人にして もらっている <input type="checkbox"/> それ以外の者に してもらっている <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )
⑮ 急に持病が出たときは どうしていますか	<input type="checkbox"/> 安静に する <input type="checkbox"/> 薬を のむ <input type="checkbox"/> 助けを 呼ぶ <input type="checkbox"/> 何もし ない <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )

### 3. 市営住宅に入居した場合の生活状況

区 分	必要	不必要	援助頻度・援助団体(者)名 (※未定の場合は「未定」とご記入ください。)
① 住居の出入に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
② トイレに援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
③ 食事に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
④ お風呂に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
⑤ 家事に援助は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
⑥ 見守りは必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
⑦ 相談は必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### 4. その他

急な持病や介護について、知らせておきたい内容があれば具体的にご記入下さい。

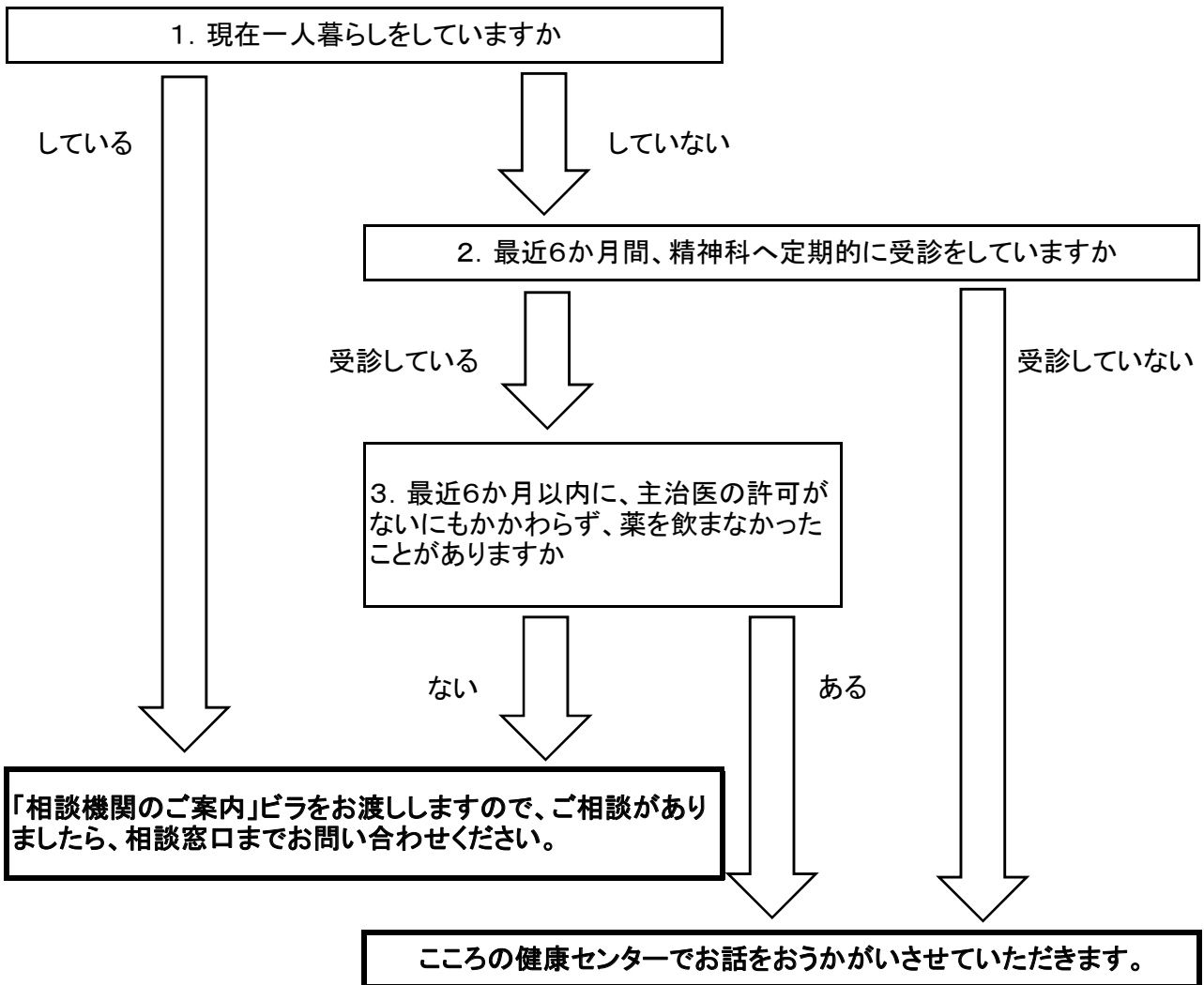
# 単身生活に関する調査票

記入日：令和 年 月 日

氏名：

現住所：

市営住宅への入居にあたり、一人で生活できるかどうかをお尋ねしますので、下記の質問項目について、該当するものを○で囲んでください。



「相談機関のご案内」ピラをお渡ししますので、ご相談がありましたら、相談窓口までお問い合わせください。

こころの健康センターでお話をおうかがいさせていただきます。

きりとりせん



# 障 が い 状 況 届

障がい者の氏名		男 女	生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日
障 が い の 状 況	身体障がい者	障がいの種別	1. 視 覚                      2. 聴 覚                      3. 平衡機能 4. 音声言語そしゃく機能 5. 肢 体（上肢・下肢・体幹・ 6. 内 部（心臓・じん臓・呼吸器・ <sup>ぼうこう</sup> 直腸・小腸・免疫・肝臓）		
		障がい名			
		障がいの程度	1級・2級・3級・4級・5級・6級 手帳番号                      第                      号		
	戦傷病者	傷病名	手帳番号                      第                      号		
	知的障がい者	障がいの程度	療育手帳番号                      第                      号	1. 重度（A） 2. 中度（B <sub>1</sub> ） 3. 軽度（B <sub>2</sub> ）	
	精神障がい者	精神障がい者保健福祉手帳                      第                      号（1級・2級・3級） 又は別添診断書のとおり・その他（                      ）			
同居親族に 上記以外の 障がいのある 方がいるとき	障がい者の氏名		生年月日		障がいの程度
	男 女	大・昭 平・令	年 月 日		
	男 女	大・昭 平・令	年 月 日		

(注) 車いす常用者向特別設計住宅を申込みされる方は、この届を提出してください。  
 (「申込みのしおり」の申込資格(10ページ)を参照してください。)

