

<p><b>入居者の属性</b> 右欄のいずれかに☑をお願いいたします。</p>	<input type="checkbox"/> 子育て世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 障がい者等世帯	<input type="checkbox"/> 月額所得が214,000円を超えない者	<input type="checkbox"/> 地域住宅計画に定められた世帯
<p>入居者の属性を確認した書類</p> <p>入居者の属性に合わせて、右欄のいずれかに☑をお願いいたします。「その他」を選択した場合は、具体的な確認書類を記載ください。</p>	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他  ( )	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他  ( )	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳等 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者手帳 <input type="checkbox"/> 国立ハンセン病療養所等の長の発行する証明書 <input type="checkbox"/> 永住帰国者証明書 <input type="checkbox"/> その他  ( )	<p><b>収入の確認</b></p> <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 納税証明書 <input type="checkbox"/> 年金振込通知書  <input type="checkbox"/> 罹災証明書等 <input type="checkbox"/> その他  ( ) <p><b>控除額の確認</b></p> <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳等 <input type="checkbox"/> その他  ( )	<p>入居者の属性</p> ( ) <p>確認した書類</p> ( )