(収入認定変更用①）

名義人自筆

収　入　認　定　変　更　申　請　書

**日付空欄**

　　　　　　　**×**年**×**月**×**日

佐　賀　県　知　事　　様

申請者　住　　所　**佐賀市○○町１－１**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**○○　県営住宅****○　棟　○○　号室**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　**佐賀　太郎**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　**（ 090 ）1111 － 1111**

　下記理由により収入が減少しましたので、収入認定を変更してくださるようお願いします。

記

理　　由

**具体的な理由を記入して下さい**

**○○の転出により収入が減少したため**

**○○の同居に伴う扶養控除適用のため**

 **○○の退職に伴い収入が減少したため　　など**