

# 公 社 賃 貸 住 宅 申 込 書 (一 般)

令和 年 月 日

栃木県住宅供給公社  
理 事 長 様

私は、当住宅入居者募集の条件を承知のうえ、入居を希望しますので本書のとおり申込みいたします。なお、この申込書の記載内容が事実と相違するときは、入居決定が取り消されても異議がないことを誓約いたします。(太枠の内側を記入してください。)

申込み住宅名	マロニエハイツ			敷 金	
申込み希望 住戸番号	号室			家 賃	
駐車場使用希望	無 ・ 有 ( 台)			共 益 費	
				駐車場使用料	

  

申 込 者	ふりがな 氏 名			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 生 歳)
	現 住 所	〒 -		電話：	
	勤 務 先 所 在 地	会社名『 』 住 所：		電話：	

  

入 居 す る 家 族 名	氏 名	年 齢	続 柄	勤務先又は学校名	年 収
	1 申 込 本 人			_____	円
	2  ふりがな (                    )			年 月 日生	円
	3  ふりがな (                    )			年 月 日生	円
	4  ふりがな (                    )			年 月 日生	円
	5  ふりがな (                    )			年 月 日生	円

  

連 帯 保 証 人 ※	ふりがな 氏 名			申 込 者 と の 関 係	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 生 歳)
	現 住 所	〒 -		電話：		
	勤 務 先 所 在 地	会社名『 』 住 所：		電話：		年 収  円

申込時に必要な書類：申込者身分証明書（運転免許証の写し等）・申込者健康保険証の写し  
注) 家賃保証会社を利用する方については、連帯保証人不要のため※欄の記入は不要です。



申込者は、別紙記載の「個人情報の取り扱いに関する条項」に同意の上、申込みます。  
お申込後、申込内容を確認させていただくために(株)オリオンインターネット・インシアから  
申込者様へ、勤務先へご連絡させていただきます。

**入居予定者**  
1. 申込者のみ 2. 申込者と同居人 3. 申込者以外

**備考欄**

※理職の勤務先が6ヶ月以内の場合は、審査時に前職の社名所在地・勤務年数、  
及び派遣社員の方は、派遣先を記入してください。

**仲介会社** ※住所・社名・電話/FAX番号・担当者名をご記入下さい。

**管理会社** ※住所・社名・電話/FAX番号・担当者名をご記入下さい。

店頭にて申込者様への契約内容の説明およびご本人承認を行いました。

栃木県住宅供給公社【本店】  
栃木県宇都宮市仲町1-1  
栃木県地域づくり機構ビル2階  
TEL 028-622-0461 FAX 028-622-0073

ご担当者印  
又はサイン

ご担当者印  
又はサイン

**賃貸借申込内容**

契約種別 普通借家 定期借家 ☐ 入居予定 20\_\_年\_\_月\_\_日 ☐上旬 ☐中旬 ☐下旬

物件所在地 フリガナ 都道府県

物件名 フリガナ 号室 間取り・㎡数 ( ) R・K DK・LDK ㎡数 ( ) m

礼金 円 ( )

敷金(保証金) 円 ( )

通去償却(特約引替) 円 ( )

前家賃(受納済) 円 ( )

①家賃 円 ( )

②管理費 円 ( )

③共益費 円 ( )

④駐車場金 円 ( )

⑤その他費用 [ ]

⑥変動費用等 円 ( )

⑦支払先からの通知による額 (①+②+③+④)

⑧賃料借費用等計 円 ( )

⑨支払手数料 円 ( )

※変動費用等の額により支払手数料は変動します。

**申込者・賃借人**

フリガナ 都道府県

氏名 性別 男・女

生年月日 (西暦) 年 月 日 ( ) 歳

家族構成 1. 独身 2. 独身(子供有り) 3. 配偶者有D 4. 単身(既婚) 5. その他 ( )

現住先 種類 1. 賃貸 2. 家族所有 3. 社宅/寮 4. 公営住宅 5. 自己所有 6. その他  
階数 1. 1階 2. 2階 3. 3階 4. 4階 5. 5階以上 6. 6階以上 7. その他  
居住理由 1. 結婚 2. 独立 3. 就職/入学 4. 転勤 5. 転居 6. 通勤時間 7. 手狭 8. 家賃が高い 9. その他 ( )

職種 1. 正社員 2. 派遣社員 3. 契約社員 4. 公務員 5. 自営業 6. パート/アルバイト 7. 学生 8. 年金が主な収入 9. 生活保護受給 10. 無職 11. その他 ( )

業種 1. 金融機関 2. 不動産 3. 建設/工事 4. 製造 5. IT関連 6. 広告 7. 小売/サービス 8. 流通 9. 教育 10. 医療機関 11. その他 ( )

フリガナ 電話番号

名称 年取(税込) 万円  
従業員数 1. 10人未満 2. 10-29人 3. 30-49人 4. 50人以上

フリガナ 住所 都道府県

フリガナ 勤務先 都道府県

フリガナ 部署 年  
フリガナ 役職 月

※お申込者様の上記記入以外にご連絡先がある場合はご記入ください

連絡先住所 都道府県 携帯

連絡先電話番号 固定 携帯

フリガナ 都道府県

フリガナ 携帯

