

**住居届記入例**  
**(看護師寮等入居者)**  
**※助産師・看護師・その他**

**住 居 届**

届出のとおりであることを確認します。	係

神戸市民病院機構職員給与規程第 15 条に基づき居住の実情を次のとおり届け出ます。

提出年月日：令和 年 月 日

所属	<b>(病院名を記入)</b>		職員番号	氏名	<b>神戸 太郎</b> (旧姓： )	
届出の理由	① 新規 2. 住居の変更 3. 住居表示の変更 4. 同居者の変更 5. 支給区分の変更 6. 受給要件の消滅 (理由： )			事実発生日	旧住所	
				令和 年 月 日	新住所	
支給の区分	1. 世帯主又これに準ずる者 9. 非該当	住宅の種類 1. 持家 2. 親族の持家 3. 賃貸住宅 ④ 職員寮・法人借上げ住宅 5. その他	住居の所有者又は借受人	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
			氏名： <b>神戸 太郎</b>	▲▲ 都道府県 ○○ 市町郡 □□ 区 ○○町 1丁目 2番 31号 ○○ハイツ 302号		
同居者	氏名	続柄	年齢	有・無	勤務先等	職員の住居費負担額
						月 円
住居手当等受給の有無						※本部使用欄 (記入しないこと) 年 月 日 (人事・給与) 入力
						<b>法人本部認定欄</b>
1. 支給						令和 年 月から ・支給 ・改定 ・廃止
9. 非支給						網掛け部分(法人本部認定欄)は 記入しないでください。
職員給与規程に基づき上記のとおり認定する。						月給与
年 月 日						担当 担当
備考						<input type="checkbox"/> 通勤届提出確認

看護師寮(借上マンション含む)に入居する人は、それぞれの番号に○を付してください。

(注) 太線内は記入しないでください

本部受付印

(2017.4)  
 システム入力 年 月 日

確認者	入力者