

○住宅・相続支援びんごNPOセンター 「入居者調査票」

<h2 style="margin: 0;">調査票 I</h2> <p style="margin: 0;">(個人用)</p>		紹介者			入居希望日	H	年
					日		月

  

申 込 人	フリガナ				男	生年月日		
	氏名				女	M・T・S・H 年 月 日(才)		
	現住所					TEL.		
	本籍地					TEL.		
	勤務	会社名				TEL.		
		所在地				勤続年数	年	
	先	業種				月収	万円	
	収入源	給料・年金・保護・貯金・仕送り				現在の家賃		

  

入 居 者	続柄	氏名	生年月日	年齢	勤務先 / 学校名
			M・T・S・H 年 月 日生		
			M・T・S・H 年 月 日生		
			M・T・S・H 年 月 日生		

  

連 帯 保 証 人	フリガナ				生年月日	年齢	続	
	氏名				M・T・S・H 年 月 日生		柄	
	現住所					TEL.		
	本籍地					TEL.		
	勤務	会社名				TEL.		
		所在地				勤続年数	年	
	先	業種			所属課・役職	月収	万円	

  

身 元 引 受 人	フリガナ				生年月日	年齢	続	
	氏名				M・T・S・H 年 月 日生		柄	
	現住所					TEL.		
	本籍地					TEL.		
	勤務	会社名				TEL.		
		所在地				勤続年数	年	
	先	業種			所属課・役職	月収	万円	

## 調査票Ⅱ

ご希望物件	場所	今回のお引越しが必要となった理由
	家賃	
	広さ	
	ペット	
	車 その他	

(経済面)	
<input type="checkbox"/> 連帯保証人は居ますか？	居る ・ 居ない
<input type="checkbox"/> 収入源は何ですか？	仕事 ・ 年金 ・ 預金 ・ 生活保護 ・ 支援
年金は受給されていますか？	月額概算 円
生活保護は受給されていますか？	月額概算 円
現在仕事はされていますか？	月額概算 円
貯金はありますか？	概算 円
<input type="checkbox"/> 現在借金はありますか？	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 家賃滞納はありますか？	ある ・ ない
(健康面)	
<input type="checkbox"/> 健康状態は良好ですか？	良好 ・ まあまあ ・ 普通 ・ 不安 ・ 悪い
<input type="checkbox"/> 障害者手帳はお持ちですか？	知的 ・ 身体 ・ 精神 ・ ない
<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証(精神通院)はお持ちですか？	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> かかりつけの病院はどこですか？	病院
<input type="checkbox"/> 認知症はありますか？	ある ・ ない
(人間関係)	
<input type="checkbox"/> ご親戚との連絡は取れますか？	取れる ・ 緊急時は取れる ・ 取れない
<input type="checkbox"/> ご家族は居ますか？	いる( 人 ) ・ いない
<input type="checkbox"/> 身元引受人は居ますか？	いる ・ いない
<input type="checkbox"/> 同居人は居ますか？	いる( 人 ) ・ いない
<input type="checkbox"/> 結婚はされていますか？	している ・ していない
<input type="checkbox"/> 備後地方にご友人は居ますか？	いる ・ いない
(個人情報)	
<input type="checkbox"/> 身分証明書はありますか？	ある( ) ・ ない
<input type="checkbox"/> 住民票はありますか？	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> アルコールは飲みますか？	飲む ・ 飲まない
<input type="checkbox"/> タバコは吸いますか？	吸う ・ 吸わない
<input type="checkbox"/> ギャンブルはしますか？	する ・ しない
<input type="checkbox"/> 薬物使用の経験はありますか？	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 暴力団との関係はありますか？	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> お仕事は何ですか？	
(自立性)	
<input type="checkbox"/> 介護度認定は受けていますか？	受けている(要介護 ・ 介護 ) ・ 受けていない
<input type="checkbox"/> 障害程度区分はありますか？	受けている(区分 ) ・ 受けていない
<input type="checkbox"/> 福祉サービスは使われていますか？	はい(サービスの種類 ) ・ いいえ
どこの施設ですか？	施設名( )
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等の支援者は居ますか？	居る(所属 氏名 ) ・ 居ない
<input type="checkbox"/> 一人暮らしは出来ますか？	可能 ・ 少し不安 ・ 不可
<input type="checkbox"/> 食事の準備は可能ですか？	可能 ・ 少し不安 ・ 不可

※ 内容に不実記載があった場合は、契約は解除します。

特定非営利活動法人 住宅&相続支援びんごNPOセンター

## 同意書

私は、入居前・入居後に際して必要のある時は、私の主治医等の関係機関に対して、  
(特)住宅&相続支援びんごNPOセンターが連絡を取り合うことに同意します。

年 月 日

特定非営利活動法人 住宅&相続支援びんごNPOセンター 様

住 所

連絡先 ( ) ー

氏 名

印