

**取扱注意**

年 月 日 ( )

福井県居住支援協議会  
入居相談支援シート

相談対応機関（店舗）名： \_\_\_\_\_

相談対応者： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

●支援者間での申し伝え事項

--

●入居者の基本情報

ふりがな			
氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ( )		
国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他( )	母国語	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他( )
住所	(現住所) (住民票上の住所)		
連絡先	(電話) (メール)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)
持病	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	ペット	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無
嗜好品等	喫煙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 飲酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他( )		
家族構成	入居予定人数 名(65歳以上 人、18歳未満 人) <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 配偶者、 <input type="checkbox"/> 子( 人)、 <input type="checkbox"/> 父、 <input type="checkbox"/> 母、 <input type="checkbox"/> その他( )		
連帯保証人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(備考)	
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(備考)	
相続人連絡先	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(備考)	
勤務先	(名称) (住所)	(電話番号)	
収入	収入源	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護・ <input type="checkbox"/> その他( )	
	年収		貯蓄

●物件の希望

住宅種別	<input type="checkbox"/> 民間 <input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> その他( )		
希望階数/間取り	( 階) <input type="checkbox"/> 1R <input type="checkbox"/> 1K/1DK/1LDK <input type="checkbox"/> 2K/2DK/2LDK <input type="checkbox"/> 3K 以上		
地域		入居希望時期	
予算	家賃( )万 ~ ( )万 初期費用負担限度額( )万	駐車場	<input type="checkbox"/> 要( 台) <input type="checkbox"/> 不要
その他希望			

●該当する要配慮者の区分

要配慮者の区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者( <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ) <input type="checkbox"/> 子育て世帯(18歳未満) <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> その他
特記事項	

●介護サービス・障害福祉サービス等の利用状況

介護サービス	<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし					
介護区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 (要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳(    級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(    等級) <input type="checkbox"/> 精神障害手帳(    級)						
利用状況	日	月	火	水	木	金	土	サービス提供者・内容	連絡先	担当者

●何かあったときをお願いできる人や利用している病院・施設など

財産管理者	財産管理者		介護障害に関する支援者	事業者名	
	種類			種類	
	担当者			担当者	
	電話/FAX			電話/FAX	
	住所			住所	

関係行政機関	行政機関名		医療機関	名称	
	担当者			担当者	
	電話/FAX			電話/FAX	
	住所			住所	

●その他配慮事項

●個人情報の取り扱いについて

私は、本シートの内容について、居住支援にあたり必要となる関係機関（者）と情報共有することに同意します。

署名欄 \_\_\_\_\_