

相 談 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな 氏 名		性別	生年月日 年齢	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
		男・女		
現住所	船橋市			連絡先
転居理由	<input type="checkbox"/> 立ち退き <input type="checkbox"/> 家賃を下げたい <input type="checkbox"/> 条件が合わない(広さ・バリアフリー・設備) <input type="checkbox"/> その他()			
相談理由	<input type="checkbox"/> 連帯保証人がいない <input type="checkbox"/> 緊急連絡先がない <input type="checkbox"/> 高齢・障害・その他()の理由により家が見つからない <input type="checkbox"/> 希望に合う家が見つからない(立地・家賃・間取り・その他()) <input type="checkbox"/> その他()			
現在の住宅	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他 家賃等： 円 居住年数： 年			
同居者の有無	<input type="checkbox"/> 有 _____人 <input type="checkbox"/> 無			
希 望 条 件	エリア	(駅名) 線 駅 (駅・バス停から) 徒歩 分以内 (施設等) 近辺		
	家 賃	最低 円 ~ 円まで		
	間取り	<input type="checkbox"/> 1R、1K、1DK <input type="checkbox"/> 1LDK、2K、2DK <input type="checkbox"/> 2LDK、3K、3DK <input type="checkbox"/> 3LDK以上		
	条 件	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階以上 <input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 風呂・トイレ別 <input type="checkbox"/> 風呂なし可		
	その他 希望			
	転居期限	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 特に急がない <input type="checkbox"/> その他(年 月)		
引越し費用	<input type="checkbox"/> 有 予算： 円 <input type="checkbox"/> 無			
同行希望	不動産店の同行希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 物件の同行希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 希望日時：			
支援サービスの利用希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 サービスの種類 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 民間保証会社 <input type="checkbox"/> 残置物			

相 談 聞 き 取 り シ ー ト

収 入	<input type="checkbox"/> 給与 万円／月 <input type="checkbox"/> 年金 万円／月（種類：国・障・厚・遺） <input type="checkbox"/> その他 万円／月 （詳細： _____ ）例：生活保護受給、仕送り等								
保証人	<input type="checkbox"/> 有（続柄： _____） <input type="checkbox"/> 無								
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 有（続柄： _____） <input type="checkbox"/> 無								
家族構成	_____（ _____ 歳）（続柄： _____）（職業： _____） _____（ _____ 歳）（続柄： _____）（職業： _____） _____（ _____ 歳）（続柄： _____）（職業： _____）								
親族関係	良好 ・ 疎遠 ・ その他（ _____ ） 続柄： _____								
疾病状況	病 名： 通院先： 病 状：								
障害状況	障害手帳 <input type="checkbox"/> 有（種別： _____） サービスの利用 サービス名： _____								
介護状況	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
	状 況： ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 デイサービス等の利用 サービス名： _____								
関係部署	<input type="checkbox"/> 生活支援課 <input type="checkbox"/> 障害福祉課 <input type="checkbox"/> （ _____ ）地域包括支援センター <input type="checkbox"/> （ _____ ）在宅支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 児童家庭課 <input type="checkbox"/> 住宅政策課 <input type="checkbox"/> 相談窓口さーくる <input type="checkbox"/> 福祉サービス公社 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
生活保護	担当ケースワーカー：								
相談後の 連携先									
備 考									