**取扱注意**

福井県居住支援協議会

入居相談支援シート

年　　　月　　　日（　　）

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 |  | | 性別 | □男性　□女性　□（　　　　　） |
| 氏名 |  | |
| 国籍 | □日本　　　□その他（　　　　　　　　　　） | | 母国語 | □日本　□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 | □大正　□昭和　□平成  年　　月　　　日　（　　　歳） |
| 持病 | □有（　　　　　　　　　　　　　）　　□無 | | ペット | □有（　　　　　　　）　　□無 |
| 嗜好品等 | 喫煙　□有　　□無　　　　　飲酒　□有　　□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）  □本人、□配偶者、□子（　　　　　人）、□父、□母、□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連帯保証人 | □有　□無 | （備考） | | | |
| 緊急連絡先 | □有　□無 | （備考） | | | |
| 相続人連絡先 | □有　□無 | （備考） | | | |
| 勤務先 | （名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  （住所） | | | | |
| 収入 | 収入源 | □給与　　□国民年金　　□厚生年金　　 □生活保護 ・  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 年収 |  | 貯蓄 |  |

●物件の希望

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住宅種別 | □民間　　　□公営　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 希望階数／間取り | （　　　　　階）　□１R　　□１K/１DK/１LDK　　□２K/２DK/２LDK　　□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 | □要（　　　　　台）  □不要 |
| その他希望 |  | | |

**取扱注意**

●該当する要配慮者の区分

|  |  |
| --- | --- |
| 要配慮者の区分 | □高齢者　　　□障害者（　□身体障害　□知的障害　□精神障害　）  □子育て世帯（１８歳未満）　　□外国人　　□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 | | | | | □　利用あり | | | | | □　利用なし | 障害福祉サービス | | □　利用あり | □　利用なし | |
| 介護区分 | | | | | □事業対象者  （要支援）１・２  （要介護）１・２・３・４・５ | | | | | | 障害者手帳 | | □身体障害手帳（　　 　級）  □療育手帳（　　　　　等級）  □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 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  |

●何かあったときに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