

令和 年 月 日

申込者情報

ふりがな		生年	年 月 日	性別	男・女
氏名		月日	歳		
住所			電話番号		
資料送付方法	メール・FAX・郵送	メールアドレスもしくは ファックス番号			

ご相談内容

解決期限 令和 年 月 日

現在のお住まいについて

お家賃	円／月	同居人	
間取り		居住年数	年
備考欄			

希望する物件条件

照会エリア	(エリア)
間取り	
家賃上限	円／月 以下(管理費・共益費込み)

引っ越し後の同居人

優先 順位			優先 順位		
	最寄駅	駅		エレベーター	有・無
	トイレ・風呂	同室 可・不可		和室	可・不可
	駐車場	有・無		ペット飼育	有・無

その他希望条件

(例:1階が良い、築浅が良い、●●沿線が良い、洋室は除く…など)

緊急連絡先・連帯保証人情報

緊急連絡先は、何かあった時に駆け付けられる近くにお住まいの方をご記入ください。

緊急連絡先	ふりがな			続柄	
	氏名				
	住所	都・道 府・県	市・区 町・村	電話番号	
連帯保証人	ふりがな			続柄	
	氏名				
	住所	都・道 府・県	市・区 町・村	電話番号	

収入資産状況

物件照会にあたって、不動産会社・管理会社が参考とします。紹介件数に関わる重要な項目です。おおよそでも構いますのでできる限りご記入ください。

収入	収入金額 [] 円／月		
	収入源	詳細	金額
	職業	会社勤務・自営業・その他()	円
	生活保護	受給中・申請中・申請予定	円
	年金、失業保険	年金種別() ※老齢年金、障害年金等	円
	その他	()	円
資産	貯金額 [] 円		
	1 所有不動産等		
	2 その他		

生活状況

利用している福祉サービス

要介護認定 サービス利用頻度 月 回程度

生活状況に関する記載事項

生活上、影響のある健康状態についてご記入ください。(足が悪く、階段昇降・長距離歩行が厳しいなど)

【問い合わせ先】

相談窓口:株式会社ホッとスペース東京

電話 03-4446-9354

事務局:千代田区保健福祉部福祉総務課事業調整担当

電話 03-5211-4209