

No. _____

茅ヶ崎市居住支援相談シート

(1) 相談者基本情報

相談日： _____

氏名	フリガナ	性別	生年月日	
			歳	
現住所	〒		電話番号	
収入 (月額)	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当	円	その他	円 計 円
預貯金	契約者本人	円	契約者 本人以外	円 計 円
勤務先名称 雇用形態		勤務先住所 電話番号		
現賃料 (管理費込)	円	入居年数	年	か月
転居理由	<input type="checkbox"/> 立ち退きのため（理由： _____ 立ち退き料 出る ・ 出ない ） <input type="checkbox"/> 現在の家賃が高い（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

(2) 緊急連絡先（ご家族・ご親族・ご友人等）※保証会社審査時や入居後の連絡先となっていただけの方

連絡先	フリガナ	続柄・年齢		
	氏名	歳		
	居住地		電話番号	

(3) 賃貸物件の希望

地域	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市 <input type="checkbox"/> 寒川町 <input type="checkbox"/> 藤沢市 <input type="checkbox"/> 平塚市 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	間取り 階数		
賃料 (管理費込)	円以内	入居時期	年	月 まで
同居人 (相談者以外)	人数	相談者との関係		ペット等の有無
	人			

(4)その他

	<p><input type="checkbox"/> 生活保護受給 受給理由： 受給開始時期：</p> <p><input type="checkbox"/> 障がいの状況：</p> <p><input type="checkbox"/> 介護の状況：</p> <p><input type="checkbox"/> その他サービス等の利用状況 (例：地域包括支援センター、介護支援事業（事業所名）、福祉相談室、生活自立相談窓口等)</p>
--	---