

相談記録票(受付)

【1】相談者情報

氏 名	ふりがな	性別	生年月日
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	昭・平 年 月 日 (才)
電話番号	- -	同行者	(続柄)
現住所	〒 - 豊中市		
収 入	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他 ()		年収 万円
現家賃	円	間取り	R ・ DK ・ LDK
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1、2 ・ 要介護 1、2、3、4、5) <input type="checkbox"/> 申請予定 介護内容：		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 : 級) <input type="checkbox"/> 申請予定 特記事項 (
支援事業所	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> CSW <input type="checkbox"/> 介護支援 <input type="checkbox"/> 障害者支援 <input type="checkbox"/> くらし再建パーソナルサポートセンター <input type="checkbox"/> その他支援 ()		
	※ 上記いずれかを現在受けている場合		
	連絡先名： _____ ご担当者： _____ 連絡先： - -		

【2】相談内容

お困りの理由	<input type="checkbox"/> 保証人、身寄りがいない <input type="checkbox"/> 賃貸物件の探し方が分からない <input type="checkbox"/> 見守り等の居住支援を知りたい。 <input type="checkbox"/> その他
転居する理由	

【3】世帯員

世帯構成	人世帯	同居人	(続柄)
同居人	(続柄)	同居人	(続柄)
備 考			

●私(相談者)は、豊中市居住支援協議会およびそれに協力する関係者（不動産事業者、家主、福祉事業者、その他居住支援事業者など）が、この相談記録票に記載された私の個人情報、次の業務ならびに利用目的の達成に必要な範囲で利用することに同意します。

(本人が署名できない場合、括弧内に代筆者氏名及び間柄を記載)をお願いします。

- ①相談窓口の利用、相談の過程において入居に向けての調整を行なう場合
- ②希望する住宅の照会、居住支援サービスに関する情報提供を行う場合
- ③賃貸借契約の締結、その他入居に関する役務を提供する場合
- ④入居後、心身状況等に変化があった際の対応等で、家主及び不動産事業者が連絡を必要と判断した場合。
- ⑤関係者から入居者本人への連絡が取れなくなる等、居住支援に支障をきたす場合。

本人署名欄 (_____) (_____) 代筆)

