受付No.＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　　月　　日

相談記録票

【１】 相談者情報

氏　名	ふりがな	性別	生年月日
		□ 男 ・ □ 女	昭・平　　年　　月　　日（　　才）
電話番号	－　　－	同行者	（続柄　　）
メールアドレス	@		
現 住 所	〒　　－　　豊中市		
収　入	□給与　　□年金　　□その他（　　）　年収　　万円		
現家賃	円	間取り	R ・ DK ・ LDK
要介護認定	□有（ 要支援１、２ ・ 要介護１、２、３、４、５ ）　□ 申請予定 介護内容：		
障害者手帳	□有（ □身体　　□療育　　□精神 ：　　級 ） □ 申請予定 特記事項（		
支援事業所	□生活保護　　□就労支援　　□CSW　　□介護支援　　□障害者支援 □くらし再建パーソナルサポートセンター □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	□保証人、身寄りがいない □賃貸物件の探し方が分からない □見守り等の居住支援を知りたい。 □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　　，　才）
同 居 人	（続柄　　，　才）	同居人	（続柄　　，　才）
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を、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）

相談記録票

【４】 緊急連絡先等（親族、友人等）

緊急連絡先　氏名	ふりがな		続柄
	生年月日		
住所	〒　　－		
電話番号/メールアドレス	TEL（　　）　　－　　@		
連帯保証人	ふりがな		続柄
	生年月日		
住所	〒　　－		
電話番号/メールアドレス	TEL（　　）　　－　　@		
勤務先		年　　収	万円

【５】 居住支援サービス（市役所、公的機関、居住支援法人等）

支援事業所	□生活保護　□就労支援　□CSW　□介護支援　□障害者支援 □見守り　□財産管理　□死後事務委任　□くらし再建パーソナルサポートセンター □その他支援（　　）
	１．連絡先名： ご担当者：　　連絡先：　　－　　－
	２．連絡先名： ご担当者：　　連絡先：　　－　　－
	３．連絡先名： ご担当者：　　連絡先：　　－　　－

【６】 賃貸物件の希望

①地域・最寄駅		②賃料（管理費込）	万円まで
③間取り	１R ・ （　　）K ・ DK ・ LDK	④保証金	万円まで
⑤希望物件	□ 一戸建 □ 集合住宅 □ その他	⑥入居時期	
⑦その他	階数：　階まで　ＥＶ：有 ・ 無 ／ 駐車場：有 ・ 無 ／ ペット：有 ・ 無 ／ 室内状況		
最優先希望順位			

※　契約が決まりましたら、下記の欄に記入し、事務局まで連絡ください

契約物件	住宅　　号	契約年月日	年　　月　　日

豊中市居住支援協議会　事務局連絡先
（一財）豊中市住宅協会
TEL：０６－６８５８－２７４２
FAX：０６－６８５４－９５３４
Mail：hope21@tcct.zaq.ne.jp