

セーフティーハイツ入居相談シート

NPO法人 住宅支援センター
 申込日： 年 月 日

入居希望者氏名	連絡先電話番号	生年月日
ふりがな	自宅 携帯	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
現住所		
〒		
(施設・病院入院中の場合記入してください)		
名称	連絡先	
障害手帳 級	障害内容	
生活保護受給	受給済み・申請中・申請予定・なし	
所得状況	給与・年金(厚生・国民・障害)生活保護・なし 月収 万円 年収 万円	

入居希望内容

地域	
間取り	1R・1K, 1DK, 2DK, 3DK
同居者の有無	あり 続柄() ・ なし
連帯保証人	あり 続柄() ・ なし
緊急連絡先	あり 続柄() ・ なし
入居希望日	年 月 日

現状の生活状況

単身・家族同居・入院中・施設・その他() 食事：一人で可・補助があれば可・作っていない 掃除・洗濯：一人で可・補助があれば可・していない 通院・服薬：一人で可・補助があれば可・出来ない 日中の活動：仕事・通所施設・なし・その他() 健康状態：良好・治療中(病院名： 既往症：) 介護認定：要介護・要支援・自立 日常生活：タバコ・お酒
--

支援機関など (緊急及び対応要請時の連絡先)

名称・氏名	所在地	連絡先	関係

FAX送信先 079-240-7242