

調査表 I

		紹介者		希望日 入居		
申込人	フリガナ			生 年 月 日		
	氏名			男・女	T・S・H 年 月 日生(歳)	
	現住所	〒		TEL		
	本籍					
	勤務先	会社名			TEL	
		所在地			勤続年数	年
		業種	所属課・役職		月収	約 万円
収入源	給料・年金・生活保護・貯金・仕送り			現在の家賃	円	

入居者	続柄	氏名	生 年 月 日	年齢	勤務先/学校名

身元引受人等	フリガナ			生 年 月 日	続柄		
	氏名			年 月 日生(歳)			
	現住所	〒		TEL			
	勤務先	会社名			TEL		
		所在地			勤続年数	年	
	業種	所属課・役職		月収	約	万円	

ご希望物件	場所	
	家賃	
	広さ	
	ペットの有無	
	車の有無	
	その他	

(家族関係)

今回のお引越しが必要となった理由

※事実と相違する記入事項があった場合、予約及び契約は、即時解除となり一切の金銭は返却いたしません。

調査表Ⅱ

令和 年 月 日現在

名前	誕生日 大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)
住所 (〒 -)	(TEL - -)
(経済面)	
<input type="checkbox"/> 連帯保証人はいますか	いる ・ いない
<input type="checkbox"/> 収入源は何ですか	給料・年金・預貯金・生活保護・仕送り
年金は受給されていますか	月額概算 円
生活保護は受給されていますか	月額概算 円
現在仕事はされていますか	月額概算 円
<input type="checkbox"/> 家賃滞納はありますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 現在借金はありますか	ある ・ ない
(健康面)	
<input type="checkbox"/> 健康状態は良好ですか	良好 ・ 普通 ・ 不安 ・ 悪い
<input type="checkbox"/> 過去に入院したことはありますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 精神障がいがありますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> かかりつけの病院はどこですか	病院
<input type="checkbox"/> 認知症はありますか	ある ・ ない
(人間関係)	
<input type="checkbox"/> ご親戚との連絡はとれますか	とれる・緊急時はとれる・とれない
<input type="checkbox"/> ご家族はいますか	いる ・ いない
<input type="checkbox"/> 身元引受人はいますか	いる ・ いない
<input type="checkbox"/> 同居人はいますか	いる ・ いない
<input type="checkbox"/> 結婚歴はありますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 福岡にご友人はいますか	いる ・ いない
(個人情報)	
<input type="checkbox"/> 身分証明書はありますか	
運転免許証はありますか	ある ・ ない
健康保険証はありますか	ある ・ ない
マイナンバーカードは持っていますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 住民票はありますか	ある () ・ ない
<input type="checkbox"/> アルコールは飲みますか	飲む (/日) ・ 飲まない
<input type="checkbox"/> タバコは吸いますか	吸う (本/日) ・ 吸わない
<input type="checkbox"/> ギャンブルはしますか	する ・ しない
<input type="checkbox"/> 薬物使用の経験はありますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> 暴力事件の経験はありますか	ある ・ ない
<input type="checkbox"/> お仕事は何ですか	
(自立性)	
<input type="checkbox"/> 介護度認定は受けていますか	受けている (支・介) ・ 受けていない
<input type="checkbox"/> 障がい者認定は受けていますか	受けている (級) ・ 受けていない
<input type="checkbox"/> 一人暮らしはできますか	可能 ・ 少し不安 ・ 不可
<input type="checkbox"/> 食事の準備は可能ですか	可能 ・ 少し不安 ・ 不可

※内容に不実の記載があった場合、契約は解除します。