

太枠の中をご記入下さい

バリアフリー住宅 汐風南・汐風 賃貸借建物入居申込書

(FAX) 0848-47-1115

賃貸人 株式会社コラボケア殿

この申込書が事実と相違したり、記載内容が入居資格条件に適合しないときは、入居を断られても異議はありません。又、この申込書に記載された人以外の入居が確認された場合等、この申込書記載内容が事実と相違した場合、締結された賃貸借契約を解除されても異議の無いことを誓約し、次の建物を賃貸したくここに入居を申し込みます。断られる場合、理由は問いません。

受付日	平成	年	月	日	入居希望日	平成	年	月	日
物件名 チェックを入れて 下さい	<input type="checkbox"/> バリアフリー住宅 汐風南 (住所: 尾道市瀬戸田町林1286-16)								
	<input type="checkbox"/> バリアフリー住宅 汐風 (住所: 尾道市瀬戸田町林1286-11)								
入居者	フリガナ 氏名					生年月日			
						年 月 日 (才)			
	現住所	☎							
	駐車場	必要 (台) ・ 不要			年収	円			
同居人	氏名	年令	性別	続柄	氏名	年令	性別	続柄	
連帯保証人	氏名	(才)			本人との関係				
	住所	☎							
	勤務先	☎							
	〃住所								
	〃業種				年収	円			

上記の通り相違ありません。

但し、本記載内容が事実と相違する時は、申込に関する一切の権利を放棄します。

申込者氏名

印

◎ 契約時には入居者の後期高齢者医療被保険者証の提示、保証人の印鑑証明が必要です。

入居申込者 氏 名			
身 体 状 況	日常生活	日常生活動作 移動・食事・入浴 排泄・着脱衣等	(自力で) 可能 やや不安 不可能 車いす
		問題行為 攻撃的行為・せん妄 自傷行為・不穏興奮 不潔行為等	ない ある 時々ある
		生活に困難性がある。 〃 不安がある。	例えば
	健康状態	健全 病弱 持病 (病名)	
		通院治療中 病 名 病院名	
		最近5年間にかかった病気	
身体障害	有・無 有の場合 (部位) 障害者手帳の 有・無 種 級		
心身状況	趣味 () 嗜好 酒 (1日 合) タバコ (1日 本) その他		