

入居者情報あんしんシート

※記載した情報に変更があった場合には、本シートを提出した物件の大家さん
又は不動産事業者へお申し出ください。

作成日 年 月 日
更新 年 月 日

基本情報	ふりがな		【外国人の場合】 国籍：() 言語：() 対応可能な言語：()
	氏名		
	入居物件		

○連帯保証人や緊急連絡先、その他親族などの関係者の連絡先を記入してください。

連絡先情報	①	氏名		電話番号	
		住所		間柄	<input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> その他()
	②	氏名		電話番号	
		住所		間柄	<input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> その他()
	③	氏名		電話番号	
		住所		間柄	<input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> その他()

○通院先や利用している福祉制度（介護保険サービス・障害福祉サービス等）を記入してください。

医療・福祉制度に関する情報	医療機関 (かかりつけ医)	名称		診療科			
		住所		電話番号			
	利用中の制度	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> その他()					
	障害者手帳	手帳種別	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害			等級	級
	介護保険 サービス情報	◎ケアマネージャー			担当者名		
		事業所名			電話番号		
	障害福祉 サービス情報	◎指定相談支援事業所などの支援機関			担当者名		
		事業所名			電話番号		
	生活保護制度	実施機関	区・支所		担当者名		
		電話番号					

○福祉制度に関する情報以外に支援を受けている団体等がある場合に記入してください。

その他支援に関する情報	機関・団体①	名称		担当者名	
		電話番号		支援内容	
	機関・団体②	名称		担当者名	
		電話番号		支援内容	

○見守り体制や福祉サービス等の利用状況を記入してください。

月	火	水	木	金	土	日	利用サービス	電話番号	担当者名

<同意欄>

記入した個人情報等については、私の居住支援を実施する目的の範囲で、物件の大家さん・不動産事業者のほか、本シートに記載されている関係者の間で共有されることに同意します。

本人署名 _____

記入例と記入時の注意事項

この入居者情報シートは、住宅確保要配慮者の入居に際し入居者本人に任意で記入していただくもので、入居申込書等の補助シートとしてご活用ください。入居時点では記入できる内容が少ないことも想定され、全ての項目が埋まらない場合もあります。

入居者情報あんしんシート

※記載した情報に変更があった場合には、本シートを提出した物件の大家さん又は不動産事業者へお申し出ください。

作成日 年 月 日
更新 年 月 日

基本情報	ふりがな 氏名	なごや たろう 名古屋 太郎	【外国人の 国籍 ()
	入居物件	中区三の丸三丁目1-1 まるはちアパート2号	

○連帯保証人や緊急連絡先、その他親族などの関係者の連絡先を記入

連絡先	①	氏名	名古屋 花子	電話番号	〇〇
		住所	〇〇区××町1-1	間柄	<input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 親族
	②	氏名	名古屋 次郎	電話番号	〇〇〇-××××-〇〇〇〇
		住所	〇〇区××町99-9	間柄	<input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input checked="" type="checkbox"/> 親族(弟) <input type="checkbox"/> その他()

経年により入居者本人の状況変化などもあることから、入居時に限らず、定期的な更新への理解を求めらるよう
にしておくといでしょう。

緊急連絡先などをはじめ、親族等の関係者についても可能な限り記入を
いただくようにしてください。長期不在時の状況把握や死亡時の退去手続きなどにおいて、複数の連絡先を確保しておくことが有効となります。

介護保険サービスや障害福祉サービスを利用している方は、本人の「ケアマネジメント」を行っている担当ケアマネジャーなどを把握し、良好な関係を構築しておくことが様々な場面で有効となります。

福祉制度に関する情報	障害者手帳	手帳種別	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害	担当者名	
	介護保険サービス情報	事業所名	◎ケアマネジャー	電話番号	
	障害福祉サービス情報	事業所名	◎指定相談支援事業所などの支援機関	担当者名	〇〇 〇〇
	生活保護制度	実施機関	中 区・支所	電話番号	〇〇〇-×××-〇〇〇〇

○福祉制度に関する情報以外に支援を受けている団体等がある

介護・障害の福祉制度以外にも様々な支援制度や民間支援団体があります。こうした支援や団体に関する情報も可能な限り把握しておくようにしましょう。

利用している介護・福祉サービスなどの情報についても可能な限り収集し、入居者への日常的な支援体制を把握しておきましょう。

名称	〇〇権利擁護センター	電話番号	〇〇〇-×××-〇〇〇〇	支援内容	金銭管理サービス
担当者名					
支援内容					

利用サービス	電話番号	担当者名
就労センター★★	×××-〇〇〇〇	△△
通院 (なごや病院)	×××-〇〇〇〇	〇〇
配食サービス●●屋	×××-〇〇〇〇	××

<同意欄>

記入した個人情報等については、私の居住支援を実施する目的の範囲で、物件の大家さん・不動産事業者のほか、本シートに記載されている関係者の間で共有されることに同意します。

記入いただいた個人情報等については、目的を限定し、関係者のみで共有することを必ず説明し、理解の上で同意の署名をいただくようにしてください。

本人署名 _____