

入居者情報共有シート

作成日： 年 月 日

基本情報						
入居者	フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日 () 歳	物件名	入居物件名
	氏名					住所
	電話	() - ()	国籍言語			

緊急連絡先情報				
①	フリガナ氏名		電話	
	住所		間柄	親族 () ・ 連帯保証人 ・ その他 ()
②	フリガナ氏名		電話	
	住所		間柄	親族 () ・ 連帯保証人 ・ その他 ()

医療・福祉に関する情報					
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 往診 (病名:)				
医療機関 (かかりつけ医)	名称		診療科		
	住所		電話		
介護保険サービス (ケアマネ)	要介護度	【要支援】 1 ・ 2		【要介護】 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	事業所名				
	電話		ケアマネージャー		
障害福祉サービス	障害者手帳	身体 ・ 知的 ・ 精神 () 級		利用中のサービス	有 ・ 無
	事業所名 (相談支援事業所等)				
	電話		担当者名		
生活保護制度	実施機関	門司 ・ 小倉北 ・ 小倉南 ・ 若松 ・ 八幡東 ・ 八幡西 ・ 戸畑 福祉事務所			
	電話		担当者名		
その他 行政サービス	実施機関			電話	
	支援内容			担当者名	
その他 支援機関・団体	名称			電話	
	支援内容			担当者名	

その他特記事項	

【同意欄】

私は、このシートに記入した個人情報等について、入居者の居住支援を実施する目的の範囲で、入居物件の家主・不動産事業者及び上記関係機関(者)の間で共有されることに同意します。

(本人が署名できない場合、本人の同意を得たうえで代筆してください。)

【本人署名欄】

(代筆者: _____)

(北九州市居住支援協議会 2024 Ver.1.0)

※このシートは、北九州市のホームページからダウンロードできます ▶

