

# 入居申込書

2020.10.01改正

契約物件 名称号室	<b>アップルとおかまち</b>	号室	申 込 年 月 日	令和 年 月 日
--------------	------------------	----	-----------------------	----------

面談審査 希望日	令和 年 月 日	契 約 希 望 日	令和 年 月 日 時 分	入 居 希 望 日	令和 年 月 日
-------------	----------	-----------------------	--------------	-----------------------	----------

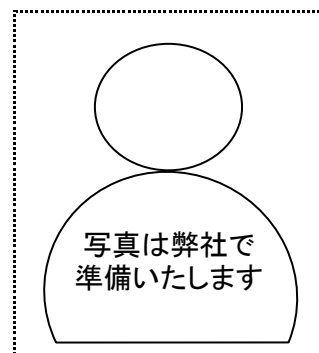
<b>契約者・借主</b>	ふりがな				性別	男 女	
	氏名	様 印			生年月日	年 月 日( 歳)	
	本籍						
	現住所						
	電話番号	〔携帯電話〕					
	勤務先	勤続年数 年					
	業種						
	勤務先住所	TEL					
	転勤先住所	TEL					
<b>同居人</b>	続柄	氏名	生年月日	業種及び勤務先	〔携帯電話〕		
<b>駐車契約</b>		有 無	(普通車・軽)	メーカー車種	ナンバー	色	
<b>トランクルーム契約</b>		有 無	※駐車場(入居者本人が使用する車)は1室につき1台まで、トランクルームは何個でも契約できます。駐車場は満車の場合契約できません。有料です。				
<b>連帯保証人</b>	氏名	印			生年月日	S H	年 月 日( 歳)
	現住所	TEL					
	契約者との続柄	〔携帯電話〕					
	勤務先						
	勤務先住所	TEL					
<b>緊急連絡先</b>	氏名	印			生年月日	S H	年 月 日( 歳)
	現住所	TEL					
	契約者との続柄	〔携帯電話〕					
	勤務先						
	勤務先住所	TEL					

※上記事項に虚偽があった場合は契約期間中に解約されても異議はありません。

**【入居契約時必要書類】**

- ① ご契約者様の身分を証明するもの(保険証・運転免許証の写し)
- ② 入居者ご本人様の印鑑(認印で構いません)
- ③ 連帯保証人様の印鑑登録証明書及び実印
- ④ 家財保険加入金(契約時に現金でお支払いいただきます)

〒948-0082  
 新潟県十日町市本町2丁目4番地1  
 株式会社 ファイン・テン 事務局  
 TEL(025)755-5575  
 FAX(025)755-5573



担当者
-----

裏面もご記入ください

収入	毎月の給与・年金・仕送り等 収入額（同居人がいる方は同居人との合計金額）	円/月
----	--------------------------------------	-----

以下、介護認定を受けている方は、担当ケアマネと相談してご記入ください。選択肢には丸印をお付け下さい。  
介護認定を受けていない方は、なし に丸印をお付け下さい。

借主 身体 状況	要介護度	1.なし 2.要支援( 1・2 ) 3.要介護( 1・2・3・4・5 )		
	健康状態	1.良好 2.認知症 3.糖尿病 4.手足不自由(手・足) 5.その他( )		
	かかりつけ病院	主治医:		連絡先
	日常生活状況	1.食事(自立・介助) 2.入浴(自立・介助) 3.排泄(自立・介助) 4.移動(自立・介助)		
借主 介護 状況	居宅介護支援事業所名			
	ケアマネ氏名	連絡先		
	居宅サービス 利用状況	訪問介護:週( )回	訪問看護:週( )回	デイサービス:週( )回 訪問入浴:週( )回
		訪問リハ:週( )回	通所リハ:週( )回	

同居人がいる方は、同居人についてご記入ください。

同居人 身体 状況	要介護度	1.なし 2.要支援( 1・2 ) 3.要介護( 1・2・3・4・5 )		
	健康状態	1.良好 2.認知症 3.糖尿病 4.手足不自由(手・足) 5.その他( )		
	かかりつけ病院	主治医:		連絡先
	日常生活状況	1.食事(自立・介助) 2.入浴(自立・介助) 3.排泄(自立・介助) 4.移動(自立・介助)		
同居人 介護 状況	居宅介護支援事業所名			
	ケアマネ氏名	連絡先		
	居宅サービス 利用状況	訪問介護:週( )回	訪問看護:週( )回	デイサービス:週( )回 訪問入浴:週( )回
		訪問リハ:週( )回	通所リハ:週( )回	

家財 保険	家財保険(宅建ファミリー共済)に加入【 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 】 ※どちらかに✓を入れてください ※家財保険は必ずご加入いただきますようお願いいたします。 加入しない場合は、他会社様の家財保険にご加入済みの方のみとなります。(契約書のコピー提出) 契約部屋・人数により料金が変わりますが、2年更新で15,000円または17,000円です。(釣銭が要らないよう に)
食事 提供	食事提供を受ける予定が 【 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 】 ※どちらかに✓を入れてください 「ある」と答えた方は、どの食事をご希望か✓を入れてください【 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 】 アレルギー食物の有無 【 <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない 】

※ご記入いただきましたお客様の個人情報は、入居者様またはご家族様の承諾のない限り本利用目的以外に使用することはありません。

#### 情報提供同意欄

私および同居人は、アップルとおかまちの入居審査のため、心身状態・ケアサービス内容等を 主治医、ケアマネージャー等に貴社が情報提供を求めることに同意します。	
借主署名	
代理人署名(借主が署名困難な場合)	