

めーぷるハウス 住まいのご相談票

FAX : 077-537-0771

① ご相談者 (ケアマネ・相談員)

事業所名		ご担当者名	
電話		FAX	
ご連絡希望	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール		

② ご利用者様 ※イニシャル可

お名前(イニシャル可)		年代・性別	
現在のお住まい		介護/障害区分	
保証人・ご家族	<input type="checkbox"/> 保証人なし <input type="checkbox"/> 家族疎遠/遠方 <input type="checkbox"/> 独居		
収入区分	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		

③ 住まいの課題 (あてはまるものに✓)

- 2階居住で危険 保証人がいない 生活保護で断られた 高齢で審査が通らない
 更新を断られた 退院・退所先がない 自力で探したが断られ続けた その他

④ 転居が必要になった理由をおきかせください

--

⑤ 緊急度

- 高 (退院・退所日が迫る： 月 日まで) 中 低

⑥ ご相談内容・特記事項 (自由記入)

--

※ 分かる範囲でご記入ください。詳細は折り返しお電話でヒアリングします。ご相談は無料・秘密厳守。