

川崎市居住支援制度利用申込書

協力不動産店記入欄

制度利用	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	賃貸借契約	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
------	---	-------	---

制度利用者記入欄

現住所				
フリガナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
氏名			生年月日	年 月 日生
自宅電話番号	( )	携帯電話番号	( )	年齢 才
世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他( )			
緊急連絡人 ※原則親族とする	住所			
	フリガナ			
	氏名	本人との関係	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人	続柄
	自宅電話番号	( )	携帯電話または勤務先電話番号	( )
緊急連絡人の確認	<input type="checkbox"/> ※緊急連絡人本人自身が緊急連絡人であることを認識しているか確認してください。			
その他申告欄	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他( )		
	病名	医療機関	電話番号 ( )	
	その他	国籍( ) 言語( )		

協力不動産店記入欄

適用区分	新規申請必要書類 ※更新の際は必要ありません。	協力不動産店で行う確認事項	確認
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	①、②のいずれかの要件にあたることを確認してください。 ①市内在住で、満60歳以上の単身者②市内在住の満60歳以上の高齢者で、同居人が配偶者、子、孫、兄弟または60歳以上の親族	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 入居あっせん紹介状または入居あっせん依頼書（若しくは <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し）	市内在住で、入居あっせん紹介状または入居あっせん依頼書があることを確認してください。 ※入居あっせん紹介状または入居あっせん依頼書が不要な場合は障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳、療育手帳又は身体障害者手帳）いずれかの写しがあることを確認してください。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 外国人	<input type="checkbox"/> 住民票の写し、在留カード等または在勤在学証明	①、②、③のいずれかの要件にあたることを確認してください。 ①市内在住の外国人②市内の会社に勤める外国人③市内の学校に通う外国人	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ひとり親	<input type="checkbox"/> 住民票の写し または児童扶養手当証書	①、②のいずれかの要件にあたることを確認してください。 ①市内在住で20歳未満の子が同居し配偶者がいない方 ②市内在住で児童扶養手当証書を持つ方	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 児童福祉施設等退所者等	<input type="checkbox"/> 備考欄に川崎市居住支援制度対象者確認済印	備考欄に川崎市居住支援制度対象者確認済印があることを確認してください。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホームレス自立支援施設から退所する者	<input type="checkbox"/> 備考欄に川崎市居住支援制度対象者確認済印 <input type="checkbox"/> 裏面にアフターケア支援を受けることの印	備考欄に川崎市居住支援制度対象者確認済印があることを確認してください。 裏面におけるアフターケア支援を受けることの印があることを確認してください。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 指定難病・特定疾患患者	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証証又は特定疾患医療受給者	市内在住で特定医療費（指定難病）受給者証又は特定疾患医療受給者証があることを確認してください。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 備考欄に川崎市居住支援制度対象者確認済印	備考欄に川崎市居住支援制度対象者確認済印があることを確認してください。	<input type="checkbox"/>
その他確認事項	<input type="checkbox"/> 家財保険加入	個人賠償責任保険特約が1000万円以上の保険に加入をしてください。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 協定書の締結	借家人賠償責任保険特約が1000万円以上の保険に加入をしてください。 家主と住宅供給公社が協定締結していることを確認してください。 <input type="checkbox"/> 締結済 <input type="checkbox"/> 作成済み・締結予定	<input type="checkbox"/>

協力不動産店	<input type="checkbox"/> 適用区分、新規申請必要書類、条件、その他確認事項を確認しました。（協力不動産店が必ず確認してください。） 後日、条件等が異なることが判明した場合、保証引き受けをできかねることがありますので、ご注意ください。		
			担当者名
			TEL
		FAX	

備考欄			
-----	--	--	--