

保証委託申込書 (AIR < エール > 保証)

賃借申込内容	物件用途	<input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 駐車場	契約別	<input type="checkbox"/> 普通借家 <input type="checkbox"/> 定期借家	家賃	①	円
	住所	フリガナ) 〒 [] - []			管理費 共益費	②	円
		都・道 府・県			駐車場 料金	③	円
					その他費用 ()	④	円
	物件名 号室	フリガナ) 号室			賃料等 合計額	①+②+③+④	円 (税込)
敷金	円	敷引 (償却金)	円	敷引 (償却金)	円		

申込者・賃借人	現住所	フリガナ) 〒 [] - []						都・道 府・県	
	私は予め緊急連絡先、及び連帯保証人予定者の同意を取得しています。 また、別紙【個人情報及び法人情報の取扱に関する同意書(2024.3.25改訂版)】に同意の上、同意署名欄に署名します。								
	氏名 (同意署名欄)	フリガナ)					性別	配偶者	
							男・女	あり・なし	
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	国籍	
	電話番号 ①							携帯種別 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 社用	
	電話番号 ②							携帯種別 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 社用	
	固定電話							固定名義 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
	メール アドレス	@						運 転 免許証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	転居 理由	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 環 境 <input type="checkbox"/> 現物件更新のため <input type="checkbox"/> 結 婚 <input type="checkbox"/> セカンドハウス <input type="checkbox"/> 入 学 <input type="checkbox"/> 転 勤 <input type="checkbox"/> 就職 / 転職 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	保険証 種 別	<input type="checkbox"/> 国 保 (例:国民健康保険) <input type="checkbox"/> 組 保 (例:〇〇健康組合保険) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 共 保 (例:〇〇共済保険) <input type="checkbox"/> 健 保 (例:全国保険協会〇〇支部)							
	雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 派遣 / 契約社員 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート / アルバイト <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	勤務先 (学校)	名 称	フリガナ)		電話番号 (代 表)	-	-		
			派遣元【		電話番号 (直 通)	-	-		
		業 種	部署名						
勤 続 年 数	年	ヶ 月	年 収	万円	給与日	日	貯 金 万円		
借 入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	学 校 種 別	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他 ()	学 生 の 場 合	<input type="checkbox"/> 入居者が学生				

管理会社様 申込受付
【 FAX 】 050-3786-5067 【 Mail 】 sinsa@snsn.co.jp

緊急連絡先	フリガナ)	チバケンフナバシジミナトチョウ フジシロビル								
	〒	[]	-	[]	[]	[]				
	現住所	千葉県船橋市湊町2-5-4 藤代ビル302								
私は、本申込者の連帯保証人、及び緊急連絡先として同意しています。 また、別紙【個人情報及び法人情報の取扱に関する同意書(2024.3.25改訂版)】に同意の上、同意署名欄に署名します。										
氏名 (同意署名欄)	フリガナ)	カブシキガイシャアンド			電話番号	047	-	404	-	1940
		株式会社あんど								

配偶者情報	住所	フリガナ) 〒 [] - []						都・道 府・県	
	氏名 (同意署名欄)	フリガナ)						性別	現在の状況
								男・女	同居・別居
	電話番号							携帯種別	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 社用
	メール アドレス	@							

実家情報	住所	フリガナ) 〒 [] - []						都・道 府・県
	氏名	フリガナ)			続柄	性別	生年月日(西暦)	
						男・女	年 月 日	
	電話番号						携帯種別 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 社用	
	固定電話						固定名義 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	

ご入居される方を選択していただき、申込者以外の入居者情報をご記入ください。

入居者情報	ご入居される方	<input type="checkbox"/> 申込者のみ <input type="checkbox"/> 申込者及び家族 <input type="checkbox"/> 家族(申込者以外) <input type="checkbox"/> その他 ()								
	氏名	フリガナ)	性別	続 柄	勤務先	生年月日(西暦)				
						年 月 日	電話番号			
					万円	-	-			
	氏名	フリガナ)	性別	続 柄	勤務先	生年月日(西暦)				
						年 月 日	電話番号			
					万円	-	-			
	氏名	フリガナ)	性別	続 柄	勤務先	生年月日(西暦)				
						年 月 日	電話番号			
					万円	-	-			

AIR < エール > 保証 アセスメントシート

申込受付【FAX】050-3786-5067【メール】sinsa@snsn.co.jp

血流認証ゲートシステム利用希望 あり：なし

申込者情報	家族構成					会員	加入状況	<input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 未加入	加入先	都・道 府・県		市・区 町・村	
	家族構成	※ 家族名・家族住所（別居の場合）、現在の状況、申込者の関係等				手帳	所有	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 療養手帳 / 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	家族構成	支援者					支援者情報	支援者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	支援者市区町村	市・区 町・村	相談支援 専門員	
		相談支援事業者名						携帯番号	-				
		相談支援住所						固定番号	-				
	自己破産	破産年月日	年	月	日	負債種類							
	○・×	負債額	円			負債会社名							
	家賃滞納歴	管理会社名				電話番号	-						
	○・×	住所											
	逮捕歴	罪名				保護司名							
○・×	懲役期間				電話番号	-							
成年後見制度利用	事業者名				担当者名								
○・×	住所				電話番号	-							
任意後見制度利用	事業者名				担当者名								
○・×	住所				電話番号	-							
家族等連絡先情報	主たる家族	フリガナ				続柄							
		氏名					病歴	かかりつけ病院					
		住所						病院住所					
		電話番号	-	-	メール アドレス			診療科					
	氏名	フリガナ			続柄	服用支援							
	緊急連絡先	住所					備考						
		電話番号	-	-	メール アドレス								
		氏名	フリガナ			続柄							
	仲介業者様情報	社名					管理会社様情報	社名					
		住所						住所					
電話番号					FAX番号								
担当者					メール アドレス								

あんど社員 50 ゲート 10 手を 10 通過型 10 福祉支援 2,000 合計 差引

受付日

受付番号

記載
担当者

AIR < エール > 保証 アセスメントシート

申込受付【FAX】050-3786-5067【メール】sinsa@snsn.co.jp

血流認証ゲートシステム利用希望 **あり**

申込者情報	家族構成	※本人から見て 父、弟			会員	加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 未加入	加入先	大阪府 大阪市			
	家族構成	※ 家族名・家族住所（別居の場合）、現在の状況、申込者の関係等 父：新日本 一郎 大阪府大阪市中央区南船場〇-〇-〇 生活保護受給中 弟：新日本 二郎 大阪府大阪市中央区南船場〇-〇-〇 生活保護受給、福祉就労あり。			手帳	所有	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手帳の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 療養手帳 / 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	自己破産	破産年月日	年	月	日	貯蓄・情報	就労経験	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	現在就労	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	延べ就労期間	5年8ヶ月
		負債額	円				収入	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収入種類	<input checked="" type="checkbox"/> 給与所得 <input type="checkbox"/> 事業所得 <input type="checkbox"/> 利子所得 <input type="checkbox"/> 配当所得 <input type="checkbox"/> 不動産所得 <input checked="" type="checkbox"/> 年金所得 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 生活保護 ）		
	家賃滞納歴	管理会社名		電話番号	-	-	収入日	1、10、15日	貯蓄	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	貯蓄額	30万円
	住所				現在の住まい	<input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サテライト居住 <input type="checkbox"/> シェアハウス <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居	事業者名	GH1番館	担当者名	〇〇〇〇		
	逮捕歴	罪名		保護司名			住所	千葉県船橋市湊町〇-〇-〇	電話番号	047 - XXX - XXXX		
	成年後見制度利用	事業者名		担当者名			間取り	現在の状況同居者情報				
	住所					サリビス	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input checked="" type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療	介護保険併用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	提供されているサービス	福祉用具貸与	
	任意後見制度利用	事業者名		担当者名		かかりつけ病院	総武病院		病院連絡先	047 - XXX - XXXX		
住所				病歴	病院住所	千葉県船橋市湊町〇-〇-〇		申込時状況	月一回受診			
診療科	精神科		服用		あり							
服用支援	あり		支援者担当		〇〇〇〇							
備考 収入日：1日→生活保護受給、10日→就労、15日→年金(隔月)												
家族等連絡先情報	主たる家族	氏名	フリガナ) シンニホン イチロウ		続柄	父						
		住所	大阪府大阪市中央区南船場〇-〇-〇									
		電話番号	090 - XXXX - XXXX	メールアドレス	〇〇@〇〇.〇〇.jp							
	緊急連絡先	氏名	フリガナ) シンニホン ハナコ		続柄	叔母						
住所	東京都杉並区高井戸東〇-〇-〇											
電話番号	080 - XXXX - XXXX	メールアドレス	〇〇@〇〇.〇〇.jp									
仲介業者様情報	社名	SNSH仲介株式会社										
	住所	東京都墨田区江東橋〇-〇-〇										
	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000								
	担当者	〇〇〇〇		メールアドレス	〇〇@〇〇.〇〇.jp							
管理会社様情報	社名	SNSH管理株式会社										
	住所	東京都墨田区江東橋〇-〇-〇										
	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000								
	担当者	〇〇〇〇		メールアドレス	〇〇@〇〇.〇〇.jp							