

契約予定申込票

(株)ライフ・ギャラリー  
 TEL 0120-852-554  
 FAX 03-5322-7201

平成 年 月 日

※ 2枚目もありますので、ご記入下さい。

受付No. \_\_\_\_\_

	物件名	号室		K-No.		受付者	
管理課	入居希望者	ふりがな				性別	(写真)
		氏名				男・女	
鍵	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳 )	
有・無	現住所	〒 -					
	電話番号	自宅	( )		本籍地	都・道・府・県	
勤務先	名称						所 属
物件止	有・無	TEL	( )		業 種	← 勤務先ありの場合記入	
	最終学歴	年 月 日					
入力印	家族構成	氏名	性別	年齢	続柄	同・別居	職業・その他
						同・別	
						同・別	
内容印	社会保険	健康保険	種類			番 号	
		介護保険	番号			認定等級	
		年金	種類			番 号	
申請書	現在の住まい	年間受給額	約	万円	その他の収入		
		賃貸(家賃 万円/月)・持ち家(自己名義・家族名義)・社宅/寮 その他:					
承諾書	入居予定者	①	( 歳 )	続 柄	本 人	→別紙に記入	
		②	( 歳 )	続 柄			
承諾書	ペットの飼育	無・有(種類: / 雄・雌 / 大きさ: )					
		※ ペット飼育の場合、別紙「ペット飼育承認申請書」を提出して頂きます。					
承諾書	駐車場申込	しない・する(区画: ) → 別紙「駐車場契約予定申込票」に記入					
		ご入居を希望される理由					
承諾書	ご入金日	ご契約日		日割発生日			
				反響媒体			

# 契約予定申込票

※ 入居希望者が貸主の入居条件に達しない方は、お断りする事があります。  
 その場合の申込金は速やかにお返し致します。

物件名				号室	受付No.		
身元引受人 (連帯保証人)	ふりがな			性別	本人との続柄	本籍地	
	氏名			男・女	*1		
	電話番号	自宅	( )		生年月日	明治・大正・昭和	年
		携帯	( )			月	日
	住所	〒					
	現在の住まい	賃貸・持ち家(自己名義・家族名義)・社宅/寮・他(					
勤務先	名称			業種			
	住所				所属		
	TEL	( )		年収	万円	勤続	
緊急連絡先	名称			電話番号	( )		
	名称			電話番号	( )		
	名称			電話番号	( )		
身元引受人 確認日時	月 日 :			送付	<input type="checkbox"/> 確約書	日割発生日	
	管理		保確	<input type="checkbox"/> 精算書			月 日
入居条件	家賃	¥				仲介手数料	
	管理費	¥					火災保険料
	基礎サービス費	¥					
特記事項	-----						
	-----						
	-----						

\*1 身元引受人が親族以外の場合、その理由を特記事項に記入して下さい。

# 健康状態申告書

平成 年 月 日

No.

物件名					号室	受付No.	
ふりがな		性別	血液型		生年月日		年齢
氏名		男・女	RH + -	型	明・大・昭	年 月 日生	歳
既往歴	有・無	疾病名					
		発症時期	昭和・平成	年 月頃	完治時期	昭和・平成	年 月頃
		通院期間					
		入院期間			手術	無・有( )	
		備考					
	有・無	疾病名					
		発症時期	昭和・平成	年 月頃	完治時期	昭和・平成	年 月頃
		通院期間					
		入院期間			手術	無・有( )	
		備考					
身体障害	無・有						
現症	有・無	疾病名					
		発症年月	昭和・平成	年 月頃	手術	無・有( )	
		主治医			所属		
		備考					
	有・無	疾病名					
		発症年月	昭和・平成	年 月頃	手術	無・有( )	
		主治医			所属		
		備考					
感染症疾患の有無	無・有( )						
特記事項	-----						

\* 既往歴・・・長期にわたり通院もしくは入院、または継続的に薬を服用した場合の病気に限ります。