

# 賃貸借保証委託申込書(個人用)

FAX 079-295-3552



お客様窓口 079-295-3553

兵庫県姫路市花影町3丁目1-5 エントランスビル2F

申込日 平成 年 月 日  
入居予定日 平成 年 月 日

申込者確認日時 日 :  
保証人確認日時 日 :

取扱業者名		担当者	
仲介業者名		<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 既存申込	
保証プラン	スタンダード (住居用物件)	ビジネス (事業用物件)	学生保証
	<input type="checkbox"/> 保証人あり <input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人あり <input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人あり <input type="checkbox"/> 保証人なし
	生活保護者	駐車場保証	レンタルBOX保証
	<input type="checkbox"/> 保証人あり <input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人あり <input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人あり <input type="checkbox"/> 保証人なし

Eプラス(オプション) 原状回復 早期解約違約金 解約通知義務違反金  
※スタンダード及び学生保証のみ利用可能

物件	物件名	号室
	所在地	

賃貸条件	家賃	円	敷金	円	賃貸借委託保証料 円
	駐車場	円	礼金	円	
	共益費	円	敷引・償却	円	更新保証料(1年毎) 円
	自治会費	円	月額保証対象額(賃料等合計額)		

※更新期間は1年毎、更新保証料は住居専用物件一律8,000円、事業用物件一律10,000円です。  
 ※駐車場保証及びレンタルBOX保証は更新はございません。

※駐車場保証のお申込みの場合、必ず下記記載をお願いします。

車	車種	ナンバー
	メーカー	名義人

※ビジネス(事業用物件)のお申込みの場合、必ず下記記載をお願いします。

用途	<input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> ( )	事業	<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 支店開設 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> ( )
開業資金予定額	円	内訳	自己資金 円 借入金 円

※本申込によって取得した個人情報については別紙『個人情報の取り扱いに関する同意事項』をご確認、同意の上お申込み下さい。  
 ※お申込に関して当社所定の審査がございます。記載内容確認の為、申込人・勤務先・連帯保証人(予定者)に確認のご連絡を致します。又、審査の結果、ご希望に添えないこともございます。なお、審査の結果、内容についてのお問合せ、ご質問についてはご回答致しかねますので予めご了承ください。(勤務先確認連絡について、社会保険証のコピーを添付して頂いた場合、在籍確認は省かせて頂きます。)

申込者	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	年齢
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	才
	現住所	〒		
	自宅電話	( ) -	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 家族所有(名義人: ) <input type="checkbox"/> 賃貸	
	携帯電話	( ) -	居住年数	年 家賃 円
配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	転居理由:		
勤務先	フリガナ	業種	勤続年数	手取り月収
	勤務先名 又は学校名		年 月	万円
	所在地	〒	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> ( )
	代表電話	( ) -	内線	部署
	直通電話	( ) -	保険種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> ( )
入居者(申込者以外)	フリガナ	続柄	携帯番号	
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日	
	フリガナ	続柄	携帯番号	
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日	
	フリガナ	続柄	携帯番号	
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日	
	フリガナ	続柄	携帯番号	
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日	
	フリガナ	続柄	携帯番号	
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日	
連帯保証人	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	年齢
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	才
	現住所	〒		
	自宅電話	( ) -	続柄	居住年数 年
	携帯電話	( ) -	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 家族所有(名義人: ) <input type="checkbox"/> 賃貸	
緊急連絡先	フリガナ	職種	勤続年数	月収
	勤務先名		年 月	万円
	所在地	〒	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> ( )
	勤務先電話	( ) -	内線	部署