

# シニアライフ・セカンドライフ相談シート

ファイナンシャル プランニング・オフィス【FP リフレッシュ】

TEL:042-506-5933

FAX: 042-593-7086

お名前: \_\_\_\_\_

ご住所: 〒 \_\_\_\_\_

ご連絡先電話番号: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

1. 年齢 相談者 歳 配偶者 歳  
その他、同居の家族など ( ) 歳 ( ) 歳

2. 住居 持家  
戸建...築年数 年  
マンション...築年数 年

3. 年収 賃貸 家賃 円/月  
年金 円/月  
その他の収入 円/月 ( 円/年 でも結構です)

4. 所有財産  
金融資産 円 (概算で結構です)  
不動産(自宅以外) 円 (概算で結構です)  
その他

5. 支出  
生活費 円/月  
その他 円/月

## 6. ご相談内容

高齢者施設入居希望 (類型・概算・エリア・ご希望条件など、できるだけ具体的にお書き下さい)

現在、要介護・要支援認定を受けていますか? ・いる ( ) ・いない

有料老人ホーム(住宅型・介護付...自立型・混合型・介護型) 確定の場合はチェック下さい

・入居一時金の希望金額 万円程度 ( ~ 万円)

・月額費用(介護費用を除く) 万円程度

・優先したい入居条件 ( )

高齢者専用賃貸住宅 (入居金 100万円以内 ・ 数千万円程度) チェック願います。

・優先したい入居条件 ( )

その他施設 ( )

ご希望エリア(必須) ( )

例: 多摩地区・東京都 23 区内・神奈川・埼玉・千葉 できるだけ詳細に

入居希望時期 ( ) 例: 即・1年位先・2~3年先・介護が必要になったら

老後資金相談(具体的にご記入ください)

その他(具体的にご記入下さい)