

「ケアライン119」利用申込書（兼 変更届出書）

神戸市消防長 宛

令和 年 月 日

- 裏面の同意書条件に同意のうえ、「ケアライン119」の利用申込みをします。
- 下記のとおり「ケアライン119」の登録内容を変更しますので、届け出ます。

申込者 (本人)	名 前		電 話 番 号 <small>携帯電話・スマートフォンは登録できません。</small>		既往症 (病名)	①
	フリガナ		078- -			②
			※050等で始まる電話番号がある場合は必ず記入してください。携帯電話・スマートフォンは登録できません。			③
	生年月日 ・年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	才	性 別	1. 男 2. 女
住所	〒		区		電話	所在地
<small>※マンション・市住・県住等の名称は正確に記入してください。</small>						

- 該当事項
- 1 ひとり暮らしで、突発的に生命に危険な症状が発生する持病があるため。
 - 2 ひとり暮らしで、重度の身体障がいのため。
 - 3 ひとり暮らしの高齢者（65才以上）で、病弱のため。
 - 4 ふたり暮らしで、ひとりが上記1か2の症状に該当し昼間などお一人での時間が長い。
 - 5 高齢者（65才以上）のふたり暮らしで、ひとりが上記1から3の症状に該当するため。

備考

同居 人	名 前		既 往 症 (病 名)		かかりつけ医療機関	①
	フリガナ					②
						③
	生年月日 ・年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	才	性 別	1. 男 2. 女

緊急 連絡先	名 前		住 所		連絡先電話番号・携帯・勤務先等	
	フリガナ		〒			
	申込者との関係(続柄) 1. 親族 () 2. 隣人 3. 知人 4. 民生委員 5. その他 ()					

近隣 協力者 1	名 前		住 所		連絡先電話番号・携帯・勤務先等	
	フリガナ		〒			
	申込者との関係(続柄) 1. 親族 () 2. 隣人 3. 知人 4. 民生委員 5. その他 () 申込者の鍵を 1. 預かる 2. 預からない					

近隣 協力者 2	名 前		住 所		連絡先電話番号・携帯・勤務先等	
	フリガナ		〒			
	申込者との関係(続柄) 1. 親族 () 2. 隣人 3. 知人 4. 民生委員 5. その他 () 申込者の鍵を 1. 預かる 2. 預からない					

担当 民生委員	名 前		住 所		連絡先電話番号・携帯・勤務先等	
	フリガナ		〒			
	申込者との関係(続柄) 1. 親族 () 2. 隣人 3. 知人 4. 民生委員 5. その他 () 申込者の鍵を 1. 預かる 2. 預からない					

※裏面の記入もお願いします。

※同意書は裏面に記載しています。

※申込みの方は、下記の同意書をよくお読みください。

「ケアライン119」の利用に関する同意書

- 1 電話番号を「非通知」にしている場合は、「通知」に設定いたします。
- 2 ケアライン119受信センターに通報したことによるセンターからの容体確認電話に応答しない場合は、近隣協力者、消防隊員その他の関係者の住宅への立ち入りを認めます。
- 3 上記2により住宅への立ち入りが行われた場合には、住宅等の一部に破損が生じても、その賠償補償も求めません。（故意の場合は除く）
- 4 上記2による住宅への立ち入り又は緊急搬送が行われた以降の住宅の管理責任については、近隣協力者、消防職員、その他関係者にその責任を問いません。
- 5 親族等との同居、転居等この申込みの内容に変更があるときや「ケアライン119」の利用を必要としなくなったときは、速やかに管轄消防署に届出をします。
- 6 次のいずれかの場合は、「ケアライン119」の利用を打ち切られても、異議は申し立てません。
 - ① 本利用申込み条件に合わなくなったとき。
 - ② 救急及び火災要請等、適正な緊急通報が行われないうち。
 - ③ 親族等との同居・市外への転出・施設への入所等、「ケアライン119」の利用対象者としての条件を満たさなくなったとき。
 - ④ その他、神戸市消防長が利用の必要がないと認めたとき。
- 7 通報の際の電話料金について負担します。
- 8 福祉局と消防局が連携し、見守り活動に必要な情報を共有することを了承します。

視力・聴力の状況

救急要請や利用登録の際の参考となりますので、申込者または代理の方が、可能な範囲で記入してください。

1、2について該当する項目を○で囲んでください。

1 視力の状況について

- (1) 普通に見える
- (2) 大きい字なら見える
- (3) ものの形がぼんやり見える
- (4) 全く見えない

2 聴力について

- (1) 普通に聞こえる
- (2) やや大きい声は聞こえる
- (3) 耳元で大きな声でないと聞こえない
- (4) 全く聞こえない

申込用紙 記入例

様式第1号	受付令和 年 月 日 登録令和 年 月 日 ID登録			
「ケアライン119」利用申込書(兼 変更届出書)				
神戸市消防長 宛			令和	3 4 1
<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の同意書条件に同意のうえ、「ケアライン119」の利用申込みをします。 <input type="checkbox"/> 下記のとおり「ケアライン119」の登録内容を変更しますので、届け出ます。				
申込者(本人)	名前	フリガナ コウベ ケアライン	電話番号	078-325-8510
	住所	神戸市 中央 区 加納町〇丁目5-1	既住歴(病名)	① 心筋梗塞 ② 弱視 ③ 耳が聞こえにくい
同居人	名前	フリガナ コウベ スマコ	電話番号	302-4321
	住所	神戸市 中央 区 加納町〇丁目5-1	既住歴(病名)	① 脳梗塞 ② 歩行困難 ③
緊急連絡先	名前	フリガナ タルミ マイコ	電話番号	655-0046
	住所	神戸市垂水区舞子台〇丁目14-5	連絡先電話番号・携帯・勤務先等	090-x-x-x-x-0119
近隣協力者1	名前	フリガナ ナガタ ヒョウゴ	電話番号	078-x-x-x-8510
	住所	中央区加納町〇丁目5-1	連絡先電話番号・携帯・勤務先等	078-x-x-x-0119
近隣協力者2	名前	フリガナ イクタ マチコ	電話番号	078-x-x-x-0119
	住所	中央区加納町〇丁目5-1	連絡先電話番号・携帯・勤務先等	078-x-x-x-1234
担当民生委員	名前	フリガナ フキ アイコ	電話番号	078-x-x-x-0119
	住所	中央区加納町〇丁目5-2	連絡先電話番号・携帯・勤務先等	078-x-x-x-5678

※同意書は裏面に記載しています。