

《申込書送付先》

◎郵便の場合

〒650-8570 (住所不要)

神戸市 介護保険課 診断助成の係

◎ファックスで送信する場合

FAX番号 078-322-6047

※送信面が正しくセットされていますか？ ご確認ください！

◎電話で申し込む場合（下記の内容をお伝えください）

TEL番号 078-333-3330 (年中無休9:00~21:00)

◎インターネットで申し込む場合

神戸市 認知症診断

検索

<神戸市認知症診断助成制度>

認知機能検診受診券申込書

◎申込日： 年 月 日

| | | |
|--|---------------------------|--|
| フリガナ | | |
| 申込者氏名 | (姓) | (名) |
| 性別 | 1. 男 | 2. 女 |
| 生年月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 - 区 電話：() - | |
| 連絡先 <small>（上記と異なる場合のみご記入ください。）</small> | 氏名： 住所：〒 - 電話：() - | 申込者との続柄： <input type="checkbox"/> 連絡先に受診券の送付を希望 |

【個人情報に関する同意事項】

以下の内容をよくお読みいただき、同意のうえお申し込みください。

- ①申込者が受診の要件（65歳以上で神戸市に住民登録）を満たしているかを住民基本台帳で確認します。
- ②認知機能検診の結果及び認知症の疑いありで受診した認知機能精密検査の結果は医療機関から神戸市に報告されます。
- ③申込者・連絡先の情報及び検診・検査の結果については、「神戸市認知症診断助成制度」において利用します（市から受診者への案内や内容確認、匿名加工したうえでの統計、研究での利用等）。

* 神戸市記入欄

| | |
|-----|------|
| 受付日 | 受付番号 |
| / / | |