≪申込書送付先≫

◎郵便の場合

〒６５０－８５２６　神戸市中央区伊藤町 111　神戸商工中金ビル４F

神戸市行政事務センター　神戸モデル診断助成の係

◎ファックスで送信する場合

ＦＡＸ番号　０７８－３８１－６６７５

※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　０５７０－０８３３３０

◎インターネットで申し込む場合

認知症神戸モデル 特設サイト

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		
申請者氏名	(姓)	(名)
性　　別	１．男　　２．女	
生 年 月 日	１．明治 ２．大正　　年　　月　　日 ３．昭和	
住　　所	〒　　－ 区 電話：(　　)　　－	
連　絡　先 （上記と異なる場合のみご記入ください。）	氏名：　　申請者との続柄： 住所：〒　　－ 電話：(　　)　　－　　□ 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】

以下の内容を良くお読みいただき、同意のうえお申込みください。

①申請者が受診の要件（65 歳以上で神戸市に住民登録）を満たしているかを神戸市が住民基本台帳で確認します。

②認知機能検診の結果及び要精密検査で受診した認知機能精密検査の結果は神戸市が医療機関から取得します。

③申請者・連絡先の情報及び検診・検査の結果については、神戸市が「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
/　/	