

認知機能検診受診券申込書

◎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。

- ・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。

◎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：() ー	
連絡先 <small>(上記と異なる場合のみご記入ください。)</small>	氏名： 申請者との続柄： 住所：〒 ー 電話：() ー	<input type="checkbox"/> 連絡先に受診券の送付を希望

申込書の送付先（郵送／FAX）

○ 郵送

〒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

○ FAX

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！

《インターネットでもお申込みできます！》

特設サイトから申込フォームにアクセスし、必要事項を入力してください。

認知症神戸モデル 特設サイト

神戸市 認知症診断

検索 ↗



* 神戸市記入欄

受付日	受付番号
/ /	