

神戸市認知症診断助成制度に関する帳票類送付申込書

医療機関名	
郵便番号	
住所	
部署	
担当者名	
電話番号	

FAX宛先
〒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制度の係

TEL : 078-381-5533
FAX : 078-381-6675

申込み書類	部数	※申込み 上限数
共通		
1 認知機能検診のご案内【A3・2つ折り】	20部	
2 賠償責任保険・GPS 安心かけつけサービスのご案内【A3・2つ折り】	20部	
3 医師会宛報告用封筒【薄い黄色・角2】	20部	
認知機能検診（第1段階）実施医療機関用		
1 認知機能検診のクリアファイルセット（問診票等）	30部	
認知機能精密検査（第2段階）実施医療機関用		
1 第2段階受診後の案内用封筒セット【オレンジ色・角2】	30部	
2 MCI経過観察受診後の案内用封筒セット【角2茶封筒】	30部	
3 認知機能検診実施医療機関返信用封筒（第2段階→第1段階）【濃い黄色・長形3号】	30部	
4 認知症ケアパス（冊子）	冊	2冊
認知症疾患医療センター用		
1 （疾患医療センター対象者）受診後の案内用封筒セット【オレンジ色・角2・シール無し】	30部	
2 （診断助成制度の第2段階）受診後の案内用封筒セット【オレンジ色・角2・シール有り】	30部	
3 診断様式第5-1号, 5-2号（30部/冊）	冊	2冊
備考		