

令和7年度 中野区もの忘れ検診受診券申込について

申込期間	令和7年9月1日～令和8年1月30日まで(受診は令和8年2月28日まで)		
検診実施場所	区内の指定医療機関	自己負担金	無料
対 象	令和8年3月31日時点で 65歳～80歳 の中野区民 ※すでに認知症の診断を受けている方は除きます		
	申込が必要 ● 65歳～74歳の方 (昭和26年4月1日～昭和36年3月31日生まれ)の方 ● 76歳～80歳の方 (昭和20年4月1日～昭和25年3月31日生まれ)の方 申込不要 ● 75歳の方 (昭和25年4月1日～昭和26年3月31日生まれ)の方 ※8月下旬に受診券が届きます		
申込方法	裏面をご確認ください		



① 線に沿って、キトリ



② のりづけ

令和7年度 中野区もの忘れ検診受診券申込書													
<table border="1"> <tr><th>申込(記入)日</th></tr> <tr> <td> 令和 年 月 日 </td> </tr> <tr><th>住 所</th></tr> <tr> <td> 〒 中 野 区 </td> </tr> </table>	申込(記入)日	令和 年 月 日	住 所	〒 中 野 区	<table border="1"> <tr><th>フリガナ</th></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><th>氏 名</th></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><th>電話番号</th></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><th>生年月日</th></tr> <tr> <td> 昭 和 年 月 日 </td> </tr> </table>	フリガナ		氏 名		電話番号		生年月日	昭 和 年 月 日
申込(記入)日													
令和 年 月 日													
住 所													
〒 中 野 区													
フリガナ													
氏 名													
電話番号													
生年月日													
昭 和 年 月 日													

③ 谷折り

② のりづけ

② のりづけ

受診券の申込方法

以下のいずれかの方法でお申し込みください

電子申請で申し込み

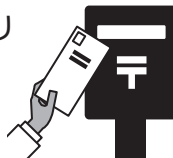
二次元コードをスマートフォン
などで読み込み入力。



または

郵送で申し込み

下の受診券申込書に
必要事項を記入。
切り取って、のり
付けし、切手を
貼付して郵送。



または

窓口で申し込み

中野区役所3階3番窓口
もの忘れ検診担当
〔平日〕
8:30～17:00
(祝日・年末年始を除く)



申込日 令和 年 月 日

※受診券は後日郵送されます。届くまでお待ちください

※受診券が届いたら同封されている医療機関一覧を見て予約をしてください

問合せ先

中野区 地域包括ケア推進課 もの忘れ検診担当

電話番号：03-3228-5785

110円切手
を貼って
ください

〒164-8501
中野区中野 4-11-19

中野区役所 3階
地域包括ケア推進課
もの忘れ検診担当 行
(在宅療養推進係)

③
山折り