

# 令和5年度 中野区もの忘れ検診受診券申込書

期 間	令和5年9月1日～令和6年2月29日まで(申込は令和6年2月2日まで)		
場 所	区内の指定医療機関	自己負担金	無料
対 象	令和6年3月31日時点で70歳～75歳の中野区民 <small>すでに認知症の診断を受けている方は除きます</small> ●70歳～74歳 <small>(昭和24年4月1日～昭和29年3月31日生まれの方)</small> …… <b>申し込みが必要。</b> …………… ●75歳 <small>(昭和23年4月1日～昭和24年3月31日生まれの方)</small> …………… <b>申込不要。</b> <small>8月下旬に受診券を送付します。</small>		
申込方法	申込書に記入し、①キリトリ→②のりづけ→③折る 切手を貼って投函してください。		

✂️ ————— ① 線に沿って、キリトリ ————— ✂️

## 令和5年度 中野区もの忘れ検診 受診券申込書

申込(記入)日	年	月	日
住 所	〒 中野区		
フリガナ			
氏 名			

③ この面を内側にして、点線に沿って折る(谷折り)

電話番号			
生年月日	昭和	年	月 日
年 齢	歳 (令和6年3月31日時点)		

② のりづけ

# 中野区もの忘れ検診

- ・ 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



164-8501

84円切手  
を貼って  
ください

中野区中野4-8-1

中野区役所

地域包括ケア推進課

もの忘れ検診担当

行

(山折り)

