

## 小野市もの忘れ検診受診券交付申請書

令和 年 月 日

小野市長 様

小野市もの忘れ検診事業実施要綱第5条の規定に基づき、小野市もの忘れ検診受診券の交付を申請します。なお、本申請を行うにあたり、下記の「個人情報の取り扱いに関する同意事項」に同意します。

### 【申請者】

氏名		検診対象者との関係	
住所			
電話番号	— —	携帯電話：	— —

### 【検診対象者】 ※過去に認知症と診断された方は受診できません。

氏名		性別	男・女
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	小野市	町
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
受診希望医療機関			
私は過去に認知症と診断されたことはありません	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

### 【連絡先・受診券送付先】

連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 検診対象者	受診券送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 検診対象者
-----	--	--------	--

### 【個人情報の取り扱いに関する同意事項】

- ①住民基本台帳により、検診対象者の氏名、性別、生年月日、住所を確認すること。
- ②申請者及び検診対象者の情報並びに検診結果を医療機関、小野市並びに小野市と業務委託契約を締結している小野市地域包括支援センター（認知症初期集中支援チームを含む。）及び小野市在宅介護支援センターで共有すること。
- ③特定の個人の識別（他の情報との照合による識別を含む。）ができないよう匿名データに加工した上で、統計に利用すること。

※申請者が検診対象者と異なる場合のみ、検診対象者は以下に署名してください。

なお、検診対象者が自署できない場合は、検診対象者の意思を確認した申請者が代筆ください。

本申請を行うにあたり上記の事項に同意します。

検診対象者の署名： \_\_\_\_\_（代筆者： \_\_\_\_\_）