

佐久市長 様

1 訪問歯科健診事業
在宅要介護者等 申請書
2 歯科往診事業

在宅要介護者等にかかわる、上記の事業を受けたいので申請します。

対 象 者	(氏 名)		男 ・ 女	(生年月日) 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
	(住 所) 〒 佐久市				(電話番号)	
	(介護度) 要支援 要介護		(主な病名)			
	(かかりつけ医)				(電話番号)	
	(居 宅)			(担当ケアマネジャー)		(電話番号)
	(備 考)					

提 出 代 行 者	(名 称)* 居宅等の場合のみ記入					
	(氏 名)				(対象者との関係)	
	(住 所) 〒 佐久市				(電話番号)	

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するため及び、歯科治療に必要があるときは、歯科健診の結果を、市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者または介護保険施設の関係人、歯科治療に関わる歯科医師に提示することに同意します。

本人氏名

課長	係長	係

担当者	
訪問予定日	年 月 日