

年 月 日

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 訪問歯科相談事業
 (訪問歯科診療手続きとなります)

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)	
				大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	(住 所) 〒			(電話番号)	
	佐久市				
	(介護度)	(主な病名)			
	要支援 要介護				
対象者	(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) 〒			(電話番号)		
佐久市					

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