

(様式1) (実施要綱第5条関係)

牧之原市在宅訪問歯科支援事業申込書

牧之原市長 あて

令和 年 月 日

榛原歯科医師会による在宅訪問歯科診療を利用したいので、支援事業を希望します。

在宅訪問歯科診療のために必要な、対象者の介護保険の認定調査結果及び主治医意見書、主治医及びケアマネジャーからの医療情報の提供を承諾します。

申込者

氏名 続柄 電話番号

対象者	ふりがな	(男・女)	生年月日	大・昭・平
	氏名		年齢	年 月 日()歳
	郵便番号		電話番号	自宅番号 携帯持ち主名() - -
	住所	牧之原市		
居宅介護支援 事業所名			担当者名	

健康 保険 証	種類	後期・国保・その他・生保	保険者名	
	保険者番号		被保険者 記号番号	
	70歳から75歳の高齢受給者証	保険者番号	記号番号	
介護認定	無・有	要介護区分	保険者番号	
	認定有効期間	年 月 日～年 月 日	被保険者番号	
障がい者手帳	無・有	身体/種別()()級	療育/区分()()級	精神/()級
現在の在宅療養の状況				
現在治療中の病気 (歯科以外)	無・有	病名 ()	病院名	
			主治医	
希望歯科医院	無・有()	希望する日時	無・有(曜日・時間帯)	()

*在宅で実施する歯科診療内容には限界があるため、希望される治療が受けられない場合がありますので、御了承ください。

以下は市役所で記入します。

榛原歯科医師会 様	令和 年 月 日
上記の受診希望者の状態を確認いたしましたので、御報告いたします。	
職名	氏名