

訪問歯科健診をご希望の場合は、申請書にご記入の上、「福井県後期高齢者医療広域連合」に郵送またはFAXして下さい。

無料訪問歯科健診申請書

福井県後期高齢者医療広域連合が私（受診者）に関する個人情報を厳正に管理することを条件に、無料訪問歯科健診に申し込みます。また、事業実施に必要な範囲において、福井県歯科医師会及びケアマネジャーに対して私（受診者）の個人情報を提供することを承諾します。

申請日 令和 年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長

(太枠内をご記入下さい)

フリガナ	被保険者番号								
本人氏名（申請者）	生年月日	M・T・S	年	月	日生	（才）			
住所	性別	要介護度（※必ず○をつけてください）							
	男・女	要介護	3	4	5				
ケアマネジャー記入欄	障害高齢者自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
	認知症高齢者自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V・M							
訪問先の住所（上記と異なる場合）									
申込者（本人以外の場合） 氏名	本人との関係	連絡先 Tel							
ケアマネジャー 氏名		事業所名							
連絡先 Tel		メールアドレス							
かかりつけの病院	かかりつけの歯科医院	利用している介護サービス施設							
本人の状態について当てはまる個所の番号に○をつけてください。 【意思の疎通】 1 できる 2 少しできる 3 ほとんどできない 【健診時の姿勢】 1 寝たまま 2 ベッドで上半身を起こした状態 3 椅子に座りながら									
主たる疾患									
その他、希望や連絡事項があれば記入してください。									

どちらか○をつけて下さい。

ケアマネジャーへ連絡はしましたか？（ はい ・ いいえ ）

※連絡がまだの場合は、ケアマネジャーに連絡した後に申請してください。

ケアマネジャーは、本人・家族に代わり、代行申請をすることができます。