

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住所.....

氏名.....

電話番号.....

遠野市在宅要援護高齢者等訪問歯科診療事業利用申請書

遠野市在宅要援護高齢者等訪問歯科診療事業を利用したいので、次のとおり申請します。

		受付番号	*この欄は記入しないでください		
利用 対 象 者	(世帯番号) 住 所	(— — —) 遠野市			
	フリガ 氏 名		電話番号		
	生 年 月 日	T・S	年 月 日 (歳)	性別	男・女
	障がいの程度	要介護認定(無 有:介護度) 障害者手帳(無 有:)			
介護者氏名			続柄		
希望する診療内容					
希望する歯科医院名					
保険の種類		国保一般 国保退職 後期高齢者 他保() (本人・ 家族)			
介護保険等サービスの有無		《サービスの利用日等をご記入ください》			
備 考					