　　在宅要介護者訪問口腔保健事業申込書

長崎県後期高齢者医療広域連合 事業課 宛

TEL ０９５－(８１６)－３９３２

FAX ０９５－(８２３)－２４２５

　　記入者（被保険者との関係：　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

（代筆可）　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込年月日　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申込希望者）  被保険者 | ふりがな |  | | 生年月日 | | | | | | | 性別 | | |
| 氏　名 |  | | 明・大・昭  年　　月　　日 | | | | | | | 男・女 | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  番　号 | 被保険者番号（８桁の数字）  ※保険証を見てご記入ください。 | | | ０ |  |  |  | |  |  |  |  |
| 主介護者 | ふりがな |  | 被保険者との関係 | | | | | | 連絡先 | | | | |
| 氏　名 |  |  | | | | | |  | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 状態区分 | 要介護 □２　□３　□４　□５　その他（　　　　　） | | | |
| 居宅介護支援事業所名 |  | | | |
| 担当ケアマネージャー氏名 |  | 連絡先**※** | |  |
| かかりつけ歯科医院名 |  | 住所 |  | |
| 最後に診療を受けた月 | 平成　　　年　　　月 | | | |

**※必ず記入をお願いします。**

・訪問希望日時に〇をつけてください。（複数選択可）　・訪問時の同席者について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午前 |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |

　　要 ・ 不要　※どちらかに〇

　「要」の場合の同席者

（　　　　　　　　　　　　　　）

訪問日について他にご希望があればご記入ください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　標記事業の実施に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、指導内容、実施結果等の個人に関する情報について、長崎市、ケアマネージャー、長崎市歯科医師会、長崎県後期高齢者医療広域連合、その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

本人氏名

※個人情報については、事業の目的以外に利用することはありません。