

(医療費請求用)

# 1歳児歯科健診及びフッ化物塗布券

この票は、0歳10か月から1歳3か月まで使用できます。

予防接種・乳幼児健診番号をご記入ください

番号

氏名

生年月日

20

年

月

( )歳

( )か月

住所

TEL

上記幼児について1歳児歯科健診及びフッ化物塗布を依頼します。 熊本市長  
医療機関長 様

上記幼児の歯科健診及びフッ化物塗布を実施しました

現在歯数

本

う蝕歯数

本

熊本市長様

受診日

20

年

月

日

医療機関の名称

所在地

氏名

医療機関は実施後、定められた期日までにこの票を指定の提出先に提出してください。  
(注意)

- ・この票は協力歯科医療機関以外では使用できません
- ・この票は市外に転出された方は 使用できません
- ・この票は本人以外は使用できません

太線枠内は保護者が記入してください