

(医療費請求用)

2歳6か月児フッ化物塗布券

この票は、2歳4か月から2歳9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

日

()歳
()か月

住所

TEL

上記幼児についてフッ化物塗布を依頼します。

医療機関長 様

熊本市長

上記幼児のフッ化物塗布を実施しました

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