



世田谷保健所 健康推進課 行

Fax: 03-5432-3102

令和 年 月 日

訪問口腔ケア健診票 送付依頼書

「訪問口腔ケア健診票」の送付をお願いします。

(フリガナ):

対象者氏名:

生年月日: 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

住所: 世田谷区

電話番号:

(以下の該当するものに○をつける)

介護保険認定: 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

身体障害者手帳: 1級 ・ 2級

愛の手帳: 1度 ・ 2度

通院困難な理由:

(フリガナ):

申請者氏名:

住所:

電話番号:

対象者との関係: