

対象者

本事業への参加には、以下の全ての条件を満たす必要があります。

- 後期高齢者医療制度の被保険者であること。
- 要介護2以上の在宅療養中のかたで、歯科医院を受診するために一人で外出することが困難であること。
- 現在、定期的な歯科診療を受けていないこと。

事業内容

歯科医師と歯科衛生士がお宅に訪問

- ① お口の健康状態を評価します。
- ② お一人おひとりにあった口腔衛生指導^{*}を行います。

^{*} 歯みがきの仕方や入れ歯のお手入れ方法など。

【注意】むし歯の治療等は本事業の対象外です。

《申し込み～訪問までの流れ》

申し込み

下記の申込書に必要事項を記入のうえ、申し込みを行ってください。
後日、歯科医師会より確認の連絡をします。

1回目の訪問

佐世保市歯科医師会を通じて、本事業への協力歯科医院から歯科医師と歯科衛生士がお宅へ派遣されます。(訪問1回目)

2回目の訪問

1回目の訪問から約2か月後、訪問看護師・ケアマネジャーと相談のうえ日程調整を行い、2回目の訪問を実施します。

《令和元年度後期高齢者医療制度事業》

在宅要介護者 訪問口腔保健モデル事業【申込書】

佐世保市歯科医師会 宛

FAX 0956-25-4638

* 印の項目は必ず記入してください。

記入者（被保険者との関係： _____）

氏名： _____

連絡先： _____

申込年月日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込希望者	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	被保険者証に記載されている8桁の数字です。		0					
主介護者	ふりがな		*申込者との関係	*連絡先					
	*氏名								
	住所								

*状態区分	要介護 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> その他(_____)		認定期間	年	月	～	年	月
*訪問看護ステーション名								
*担当訪問看護師		*連絡先	TEL	FAX				
*居宅介護支援事業所名								
*担当ケアマネジャー名		*連絡先	TEL	FAX				
*最近定期的な歯科受診されていますか。	はい・いいえ		*かかりつけ歯科医院はありますか。	はい・いいえ				

〈ご注意いただきたい点〉

● この事業は後期高齢者医療制度の被保険者が対象です！ ● 加入している保険制度の種類をご確認ください！

① 75歳以上の方全て。 ② 65歳から74歳の方で、申請により広域連合が一定の障害の状態^(※)にあると認めの方。

^{*} 「一定の障害の状態にある」方の具体例／国民年金法等障害年金1・2級、身体障害者手帳1・2・3級及び4級の一部、精神障害者保健福祉手帳1・2級、療育手帳A

①、②のいずれかに該当する方が後期高齢者医療制度の被保険者です。

ただし、生活保護受給者は、後期高齢者医療制度の被保険者にはなりません。(適用除外)

また②に該当する場合であっても、ご本人の希望で国保等を選択している場合がありますので、必ず保険証の確認をお願いします。