

受診者番号		性別	
氏名			
生年月日		年齢	
		4月1日現在	

<検診の内容>

①問診

②歯
る

内容は現段階でのイメージです。
これから大きく修正がある可能性があります。

③歯科指導

※歯石除去やレントゲン撮影、歯の治療等は検診に含まれません。

※治療が伴う場合には別途費用がかかります。

<無料対象の方>

- ・4月1日現在で**満70歳**の方
- ・生活保護世帯の方（受給証明書が必要）
- ・市民税非課税世帯の方（受診者の個人負担金免除決定通知書または介護保険料決定通知書が必要）
- ・身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳のいずれかをお持ちの方