

丈夫な歯で健康な生活

けんこう

障がい者無料歯科健診



(日本歯科医師会キャラクター「よ坊さん」)

(毎週木曜日・午後2～4時)

歯の健康は体全体の健康につながっています。定期的に歯科健診を受診して「健口生活」を目指しましょう。



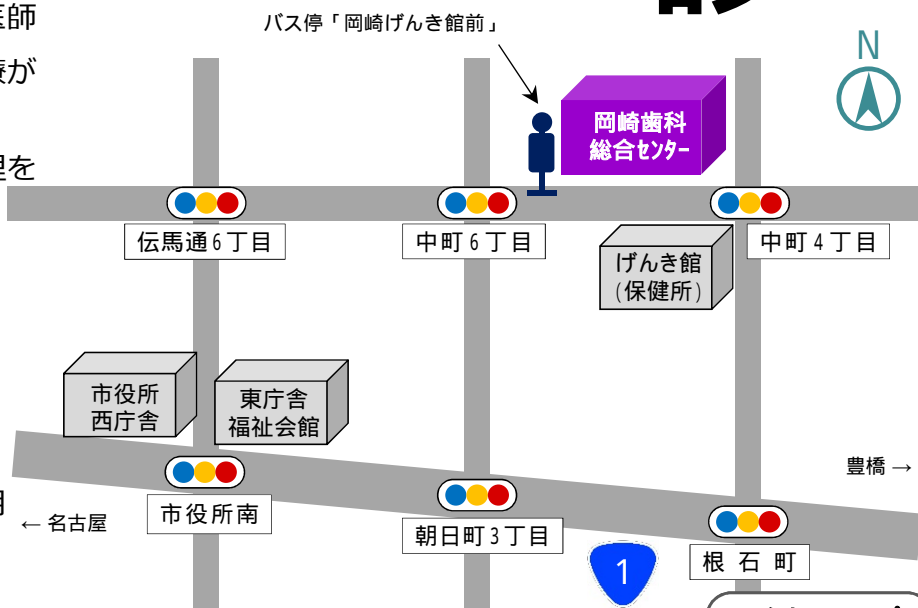
日時 毎週木曜日／午後2～4時（要予約）
会場 岡崎歯科総合センター／岡崎市中町4丁目6-2
TEL：21-0501 / FAX：25-0741

担当 岡崎歯科医師会所属の歯科医師
対象 地域の歯科医院で健診・治療が困難な身体・知的障がい者
(岡崎市で障がい者手帳の管理をしている方に限ります)

費用 無料(おひとり年2回まで)

持ち物 障がい者手帳
健康保険証
障がい者医療受給者証
児童通所支援受給者証

駐車場 施設内の無料駐車場をご利用ください。



この事業では、障がい者入所施設へ歯科医師を派遣することはできません。

担当：岡崎市役所 障がい福祉課 (☎23-6867)
協力：岡崎歯科医師会 (☎21-0501)

事前に「岡崎歯科総合センター」へご予約ください。

岡崎歯科医師会(岡崎歯科総合センター)行

TEL 21-0501

FAX 25-0741

愛知県歯科医師会の助成による障がい者通所施設の歯科健診が平成30年度末で廃止となったため、平成31年度からは岡崎市の助成により実施しています。

令和3年度 岡崎市障がい者通所施設 無料歯科健診申込書

令和 年 月 日

施設名.....

施設長..... 印

下記のとおり、申込みます。

記

施設名			
施設種別 (該当種別に☑)	生活介護 就労継続支援A型 就労継続支援B型 自立訓練 就労移行支援 就労定着支援 多機能型 児童発達支援		
	通所施設のみ(入所施設は愛知県障害福祉課へお申し込みを)		
住所	〒444 -		
電話	()	FAX	()
担当者名			
実施内容	歯科健診対象者 (該当部分に☑) 身体障がい者 精神障がい者は対象外です。 知的障がい者 児童発達支援受給者 (3歳以上で就学前の幼児)		
実施希望年月日 (木曜日をお願いします)	第1希望：令和 年 月 日(木) 第2希望：令和 年 月 日(木) 第3希望：令和 年 月 日(木)		
受診予定者	人		
職員数	人 (健診対象にはなりません)		

お申し込みは、本書をFAXで「岡崎歯科医師会」までお送りください。

岡崎歯科医師会が実施日を調整し、健診スタッフを施設に派遣します。

障がい者通所施設における歯科健診は「年1回」です。

実施期間は、令和3年4月～令和4年3月末までです。**(申込期限：令和3年12月末)**

(担当：岡崎市 福祉部 障がい福祉課 障がい係 TEL：23 6867)

2障福第2978号
令和3年3月1日

各障害福祉関係施設管理者 様

愛知県福祉局福祉部障害福祉課長
(公 印 省 略)

令和3年度 愛知県障がい者施設歯科健診事業について (通知)

日頃は、本件の障害福祉の向上にご協力いただき、御礼申し上げます。

このたび障害児・者施設の利用者の方々の歯科健診等を下記のとおり行うこととなりました。

つきましては歯科健診等の実施を希望される場合は、別添申込書に必要事項を記入のうえ、**令和3年4月14日(水)まで**にファクシミリで障害福祉課までお申し込みください。

記

- 1 実施者
一般社団法人愛知県歯科医師会
- 2 目的
歯科疾患の予防、歯科疾病の早期発見及び歯科健康教育の推進を図り、障害児者の健康維持に努めること。
- 3 対象
(1) 障害者支援施設及び障害児入所施設の利用者
※障害者通所事業所、グループホーム及び障害児通所支援の利用者は対象に含まれません。
※計画段階で受診予定者が少数の場合は近隣の施設と調整のうえ、**10名以上**で申し込んでください。(県では調整しません。)
- 4 実施内容
(1) 歯科健診及び歯科衛生指導(個別・集団)
(2) フッ化物塗布によるむし歯予防
(3) 施設職員に対する歯科健康教育講話
- 5 実施方法
愛知県歯科医師会が健診スタッフを施設等に派遣し実施する。
- 6 実施日時等
(1) 実施期間 令和3年6月から12月まで
(2) 実施曜日 原則木曜日
(3) 日 数 1日
(4) 健診料 無料
- 7 派遣内容等の問い合わせ先
一般社団法人愛知県歯科医師会
電 話 052-962-9106
メール jigyo@aishi.or.jp

担 当 地域生活支援グループ(小坂)

電 話 052-954-6292 (ダイヤルイン)

F A X 052-954-6920

令和3年度(2021年度)愛知県障がい者施設歯科健診事業申込書

令和3年 月 日

施設名
施設長

印

下記のとおり、申込みます。

記

施設名			
施設種別 (必ずご記入下さい)			
	入所施設のみ		
住所	〒 -		
電話	()	FAX	()
施設長名			
担当者名			
実施内容 該当する箇所に し点を入れて下さい	歯科健診対象者 身体障がい者 知的障がい者 精神障がい者		
実施希望年月日	第一希望:令和 年 月 日() 第二希望:令和 年 月 日() 第三希望:令和 年 月 日() 6月～12月の間にお願いします。		
受診予定者	人		
職員数	人 (健診対象にはなりません)		

近隣の施設と調整し10名以上での申し込みをする事業所については、歯科健診等の実施場所となる事業所の情報を記載してください。ただし、受診予定者欄は合計の人数を記載してください。