

## 幼児口腔検診及びフッ素塗布

町内の歯科医院で行っています。対象者(1歳6か月児、2歳6か月児)には受診券を送付しています。

虫歯予防のために、歯科医院でのフッ素塗布をお勧めしています。

### 歯科医院の受診方法

#### 1 受診の時期

乳歯を守るため受診推奨期間の受診をお願いします。

受診券は有効期間内にご利用ください。

1歳6か月

**奥歯がはえる時期**です。むし歯がしやすい奥歯を守るために、**奥歯が見えてきたら受診**しましょう。

2歳6か月

**乳歯20本がはえそろう時期**です。

#### 2 受診の方法

①お子さんの体調の良い時に、保護者が希望する町内の歯科医院に事前に予約します。

受診券が利用できる歯科医院と電話番号・住所(あいうえお順) ※市街局番0167

大町歯科クリニック	45 - 3633	大町4丁目966番
こだま歯科医院	45 - 4935	宮町4丁目1番24号
園田歯科医院	45 - 2559	富町1丁目1番56号
矢花歯科クリニック	45 - 5000	大町2丁目2番10号
山崎歯科医院	45 - 5588	錦町3丁目4番20号

②受診当日 受診券を切り取り、母子健康手帳と一緒に歯科医院の受付にお出してください。

③受診券を使用すると口腔検診とフッ素塗布にかかる費用は無料です。

(費用の助成は1歳6か月と2歳6か月の2回です。)

きりとり

#### 受診券 見本

受診推奨期間 令和〇年〇月〇〇日まで

### 幼児口腔検診及び フッ素塗布受診券

有効期間

〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日

(ただし、歯科医院の休診日を除く)

住所

受診者

氏名 かみふフッ素塗布 様

生年月日

( 歳6か月)

上記幼児が口腔検診及びフッ素塗布の対象者であることを証明します。

交付年月日 □ 年□月□日

上富良野町長 印

(注) 1 口腔検診及びフッ素塗布を受けるときは、この券・母子手帳を必ず歯科医院受付に提出してください。

2 この受診券は本人以外には使用できません。

3 町から転出する場合、受診券は無効となります。

転出の際には保健福祉総合センター内の保健福祉課窓口にお返してください。

4 受診券の再発行はいたしません。