

丈夫な歯で健口生活

けんこう

障がい者無料歯科健診

(毎週木曜日・午後2～4時)

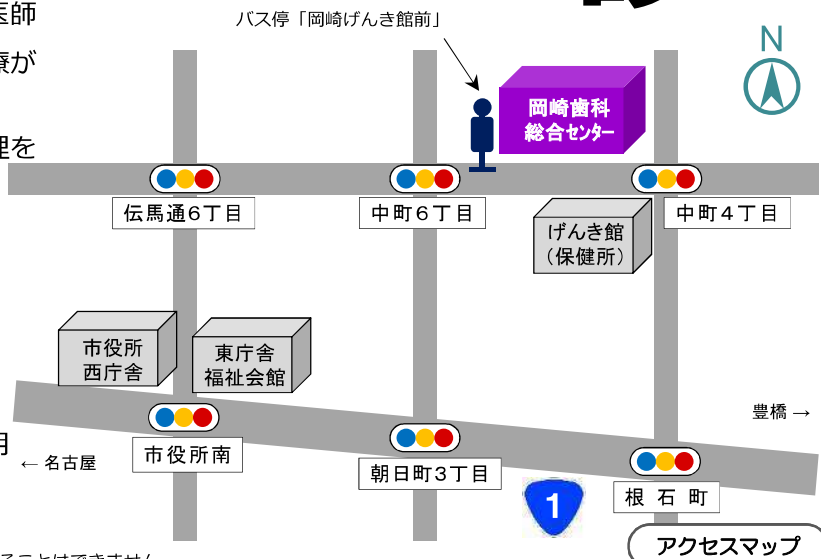


(日本歯科医師会キャラクター「よ坊さん」)



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

- 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：0564-21-0501／FAX：0564-25-0741
- 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
(岡崎市内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8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☑)	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 多機能型 <input type="checkbox"/> 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☑) <input type="checkbox"/> 身体障がい者 ※精神障がい者は対象外です。 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 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8年4月～令和9年3月末までです。(申込期限：令和8年12月末)

7 障 福 第 2 3 7 7 号
令 和 8 年 2 月 6 日

名古屋市及び各中核市障害福祉主管課長 殿

愛知県福祉局福祉部障害福祉課長

令和8年度 愛知県障がい者施設歯科健診事業について（依頼）

このことについて、一般社団法人愛知県歯科医師会から、下記のとおり案内がありました。例年、当該事業については県で希望施設を取りまとめの上、実施することとしております。

つきましては、貴所管の障害者支援施設に対し、周知していただくとともに、事業の申し込み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8年4月10日（金）までにメール（jigyoshosido2@pref.aichi.lg.jp）にて県へ直接お申込みいただくようご案内ください。

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

障害者支援施設の利用者

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8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 障害福祉事業所支援室 事業所指導第二グループ（植田）

電 話 052-954-7400（ダイヤルイン）

令和8年度(2026年度)愛知県障がい者施設歯科健診事業申込書

令和 8 年 月 日

施設名
施設長

下記のとおり、申込みます。

記

施設名			
施設種別	障害者支援施設		
	※障害者通所支援事業所(生活介護等)、グループホーム及び障害児通所支援事業所の利用者は対象に含まれません。		
住所	〒 —		
電話	() —	FAX	() —
施設長名			
担当者名			
実施内容 該当する箇所の□に レ点を入れて下さい	歯科健診対象者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 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。