**Gesuch zur Beteiligung der Gemeinde an den Kosten der Schulzahnärztlichen Kontrollen und Behandlungen**

**Personalien**

**Name / Vorname Kind:**

**Geburtsdatum:**       **Klasse:**

**Name / Vorname Vater:**

**Name / Vorname Mutter:**

**Adresse:**       **PLZ | Ort:**

**E-Mail:**       **Telefon P:**

**Angaben Zahnarzt / Zahnärztin**

**Behandlung bei:**

**PLZ / Ort:**

**Rechnungsbetrag:** CHF

**Behandlungszeitraum:**

**Bankangaben**

**IBAN für Auszahlung:**

**Name der Bank | Post:**

**PLZ | Ort:**

**Kontoinhaber:**

**Folgende Unterlagen sind zwingend dem Gesuch beizulegen:**

* Rechnung des Schulzahnärztlichen Dienstes oder des Privatzahnarztes / Privatzahnärztin
* Abrechnung von Versicherungsleistungen (bspw. IV- und Krankenversicherung)
* Quittung der bezahlten Rechnung

**Datum | Unterschrift:**