

(様式1)

8020達成者表彰推薦調書

推薦者 (本人・家族・歯科医院・その他)

(ふりがな) 被推薦者氏名				性別	男・女・その他																																																																	
生年月日	昭和	年	月	日	満年齢	歳																																																																
住 所	〒 □□□ - □□□□ 真庭市 電話 () -																																																																					
歯の状況 (自分の歯の番号を○で囲む)																																																																						
<table><tr><td colspan="4">右上の歯</td><td colspan="4">左上の歯</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td colspan="4">右下の歯</td><td colspan="4">左下の歯</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>							右上の歯				左上の歯				8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	右下の歯				左下の歯				8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右上の歯				左上の歯																																																																		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																							
右下の歯				左下の歯																																																																		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																							
生活習慣 (該当するものを○で囲む)																																																																						
① 歯磨き回数 : ア しない イ 時々 ウ 1日1回 エ 1日2回 オ 1日3回以上																																																																						
② 定期的に歯科健診を受けている : ア はい イ いいえ																																																																						
③ 甘い物は控えるようにしている : ア はい イ いいえ																																																																						
広報紙等への氏名の公表について																																																																						
氏名を公表してもよい : ア はい イ いいえ																																																																						

※ 被表彰者の選出基準

表彰の対象者は、真庭市に居住する80歳以上の方で、自分の歯を20本以上保っている方とし、その選出基準は次のとおりとします。ただし以前に真庭市の8020達成者表彰を受けた方は申請できません。

(1) 「自分の歯」とは、噛める状態の歯のことですが、歯冠部がむし歯で崩壊し残根状態（根っこだけになっている歯）は除きます。

(2) 歯の本数の確認は、本人、家族、歯科医師、歯科衛生士等が行うものとします。

(3) 治療歯はその数に含みますが、ブリッジ、入れ歯で喪失部位を補っているものは含みません。

(4) 対象者は、80歳以上の方。

(令和9年4月1日までに80歳を迎えられる方を含む。今年度は昭和22年4月1日以前に生まれた方。)