



小児歯科扶助制度
利用者同意書

私（患者／法的保護者）は、以下について説明を受けました。

- 標記の日付に行われる小児歯科扶助制度適用診療に関して、
- その診療費の概算、ならびに、
- 小児歯科扶助制度適用診療費は一括請求制度が適用され、私の利用限度額に余裕がある限り、私は直接に料金を支払う必要が無いこと。

私は、私／患者が、利用限度額までしか歯科扶助を受けられないことを理解しています。

私は、診療費扶助範囲には制限があることならびに小児歯科扶助制度は限定された範囲の診療にしか適用されないことを理解しています。 私は、私個人が小児歯科扶助制度適用範囲外の診療費を負担しなければならないことを理解しています。

私は、診療費は利用限度額から差し引かれ、利用限度額を使い切った後に何らかの診療を受ける場合は、その費用を私個人が負担しなければならないことを理解しています。

患者のメディケア番号

患者／法的保護者署名

患者の姓名

署名者の姓名
(患者と異なる場合)

日付

本同意書は署名した年の12月31日まで有効とする。



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number

Patient / legal guardian signature

Patient's full name

Full name of person signing
(if not the patient)

Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.