



Einwohnergemeinde  
4657 Dulliken

**Gemeindeverwaltung**  
Tel. 062 285 57 66/77

## Gesuch um Ausrichtung eines Gemeindebeitrages an die Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen

Name und Vorname des  
behandelten Kindes

\_\_\_\_\_

Name, Vorname und Adresse  
des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name und Adresse  
des behandelnden Zahnarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rechnungsbetrag:**

**Fr.** \_\_\_\_\_

**Beiträge von Krankenkasse etc.**

**Fr.** \_\_\_\_\_

**Gemeindebeitrag**

**Fr.** \_\_\_\_\_

**nicht ausfüllen!**

Auszahlung erbeten an:

Postfinance **IBAN-Nr.** \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Bank **IBAN-Nr.** \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Visum Schulzahnarzt

Visum Schulzahnpflegekommission

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Gesuch inkl. Beilagen ist an die Gemeindeverwaltung Dulliken, Alte Landstrasse 3, 4657 Dulliken,  
zu Händen der Schulzahnpflegekommission einzureichen.

**Beilagen:** - Kopie Zahnarztrechnung  
- Quittungsbeleg der bezahlten Rechnung  
- Krankenkassenabrechnung

**Sollte einer der folgenden Beilagen fehlen, kann keine Auszahlung erfolgen.**