



Einwohnergemeinde  
4657 Dulliken

Tel. 062 285 57 66/77

G:\Gemeindeverwaltung\Schulzahnpflege\Vorlagen\Beitragsgesuch für kieferorthopädische Behandlungen, 01.01.2023, Version ab 13.03.2024.docx

## 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. \_\_\_\_\_

➔ Bitte Rechnung und Quittung beilegen!

➔ Bitte Bestätigung des behandelnden Zahnarztes, dass der Grad der Fehlstellung 3 oder 4 ist, gemäss Empfehlung F der Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und -zahnärzte der Schweiz VKZS!!

**Beiträge von Krankenkasse etc.**

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

➔ Bitte Abrechnung beilegen

**Gemeindebeitrag**

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

nicht ausfüllen!

Auszahlung an:

**IBAN-Nr.**

\_\_\_\_\_

Konto lautet auf:

\_\_\_\_\_

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

Visum Schulzahnarzt

Visum Gemeindeverwaltung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Gesuch ist zusammen mit allen erwähnten Unterlagen an die Gemeindeverwaltung Dulliken, Alte Landstrasse 3, 4657 Dulliken, einzureichen. Sollte eine Beilage fehlen, kann keine Auszahlung erfolgen.