

(申請先) 茨木市教育委員会

就学援助児童・生徒の医療券交付申請書

学校保健安全法に基づく疾病が発見されましたので、下記の通り医療券の発行を申請します。

※ 太枠は、保護者の方がご記入ください。

学年・組		氏名		生年月日	
年	組			年	月 日
保護者氏名		現住所			
		茨木市			
社会保険の有無		名称			
あり ・ なし		健保 ・ 国保 ・ 日建 ・ 共済 ・ その他			
病名（病名に○をする）					
トラコーマ 結膜炎（アレルギー性結膜炎を除く） 白癬・疥癬・膿痂疹 中耳炎					
慢性副鼻腔炎（アレルギー性副鼻腔炎を除く） アデノイド う歯 寄生虫（虫卵保有を含む）					
＊ 治療開始月		調剤（薬局で薬をもらう）の有無			
年	月	あり ・ なし			
医療機関名					

※ 但し、有効期限は発行してから3ヶ月です。それ以降治療が継続する場合は、再度申請が必要です。
継続の場合の治療開始月は、前に発行した医療券の有効期限がきた翌月を記入してください。
また、医療券がお手元に届くまでには、申請後1週間ほどかかります。なお、長期休業中は、さらに時間がかかることもあります。

(学校記入)

上記の（児童・生徒）は（要保護・就学援助）でありますので、医療券の交付をよろしく
お願いします。

年 月 日

学校所在地 茨木市新中条町7番12号

学校名 茨木市立中条小学校

校長名 近藤 祐明

印

(教育委員会記入)

(交付番号 第 号)