

(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	
有 ・ 無	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	有 ・ 無	
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ひします。

年 月 日

学校所在地 茨木市玉島二丁目11番23号

学校名 茨木市立玉島小学校

校長名

印

(教育委員会記入)

(交付番号 第

号)