

(在籍校申請用)

医療券発行申請書

学校長より下記疾病の治療指示を受けたので、医療券の発行を申請します。

保護者が記入してください。		申請日	令和	年	月	日
被 患 者	学 校 名	四條畷市立		小 学 校 中 学 校		
	学 年 ・ 組	年 組	生 年 月 日	年	月	日 生
	氏 名		性 別	男 ・ 女		
	保 護 者 名		連 絡 先	-	-	
	住 所					
治 療 指 示 を 病	該当箇所に✓をしてください <input type="checkbox"/> う歯(むし歯) <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> トラコーマ <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> アデノイド <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 白癬 <input type="checkbox"/> 寄生虫病 ※アレルギー性結膜炎、アレルギー性副鼻腔炎は対象外					
必 要 月	該当箇所に✓をしてください <input type="checkbox"/> 当月分 <input type="checkbox"/> 翌月分 ※翌月分は1週間前から申請できます					

在 籍 校 使 用 欄	受付日	治療指示確認
	令和 年 月 日	

学 校 使 用 欄 教 育 課	收受日	発行確認	発行番号
	令和 年 月 日		

在 籍 校 使 用 欄	受取日	交付日	交付確認
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

※この申請書で請求できる学校病医療券は1枚です。別の疾病などで必要な場合は、複数の申請書を提出してください。