

医療券交付申請書

令和8年4月1日

つくばみらい市教育委員会教育長 様

申請者(保護者)住所 つくばみらい市福田195番地

申請者(保護者)氏名 筑波 太郎

定期健康診断を受診した結果、学校から下記の疾病について治療の指示がありましたので、医療券の交付を申請します。

記

児童生徒	住 所	つくばみらい市 福田195番地		
	児童生徒氏名	筑波 未来	生年月日	平成30年5月1日
	学校名	小張小学校	学年	第 2 学年
保護者氏名		筑波 太郎	電話番号	0297-58-〇〇〇〇
学 校 医 ・ 学 校 歯 科 医 の 所 見				
被 患 状 況	学校保健安全法 施行令第8条に規 定する疾病 ※該当箇所を○印 で囲む。	トラコーマ ・ 結膜炎 ・ 白癬 ・ 疥癬 ・ 膿痂疹 ・ 中耳炎		
		蓄膿症(慢性副鼻腔炎に限る。) ・ アデノイド		
		う歯(保険診療の対象となる治療に限る。)		
		寄生虫病(虫卵保有を含む。)		
学校医師名 (学校医又は学校歯科医)		筑波 花子		
健 康 保 険 証 の 有 無		有 ・ 無	受診予定の 医療機関	〇〇クリニック
就 学 援 助 認 定 区 分		要保護 ・ 準要保護	受診予定日 (医療券発行まで10日 前後要します。)	令和8年4月20日