医　療　券　交　付　申　請　書
（学 校 病 被 患 者 調 書）

令和　　年　　月　　日

江 田 島 市 教 育 委 員 会　様

学 校
校 長　　㊞

下記のとおり治療の指示をしたので，学校保健法に基づいて医療券を交付されるよう申請します。

児童生徒名			・　・　生 学年　組　男・女
保護者	住　所	江田島市　　町	氏　名
	続　柄		下記の疾病の治療を希望します。
被患状況（病名）	学校保健安全法施行令第8条による疾病 ○印で囲む	1．トラコーマ　2．結膜炎　3．白癬　4．疥癬 5．膿か疹　6．中耳炎　7．慢性副鼻くう炎 8．アデノイド　9．う歯　10．寄生虫病（虫卵保有を含む）	
所要治療見込額等		所要治療 見込総額　円	左の内市費 負担見込額　円
治療予定日数（期　間）		日（期間　～　）	
医療機関名称所在地			
社会保険の有無		無　・　有　（名称　記号番号　）	
援助適応の区分		要　・　準	

教委欄

交付第　号　令和　年　月　日交付　有効　年　月　日まで