

医療券申請調書

保護者がボールペンで記入してください。

被 患 者	学校名	大阪府立枚方支援学校		
	学部・学年・組	部 年 組	生年月日	平成 年 月 日
	名前			性別 男 ・ 女
	保護者名			続柄
	住所	大阪 府 市		
	電話番号	()		
被 患 状 況	病名を○でかこんでください。 学校保健安全法施行令第8条による疾病(学校病) トラコーマ 結膜炎 白せん 疥せん 膿か疹(とびひ) 中耳炎 慢性副鼻腔炎(蓄のう症) アデノイド 寄生虫病 むし歯			
必 要 月	()月分	薬 局 分	どちらかに○をしてください 必要 ・ 不必要	
受診予定日				
受診予定の医療機関名				
電話番号		()		
利用予定の薬局名				
電話番号		()		
各種社会保険 の有無		有 ・ 無		

※学校記入欄 令和 年 月 日 受け取り
