

寝屋川市立

学校

校長

様

保護者氏名

児童・生徒氏名

年

組

学校保健安全法医療券発行申込書

下記のとおり、学校保健安全法医療券の発行をお願いいたします。

区 分	要保護 ・ 準要保護（認定番号）			
児童・生徒氏名			性別	男 ・ 女
学 年 ・ 組	年 組	生年月日	平成	年 月 日
保護者氏名				
住 所				
病 名 (○で囲んでください)	う 歯・慢性副鼻腔炎・中耳炎・結膜炎・その他（） ※下記の疾病は対象外です。 アレルギー性鼻炎・急性副鼻腔炎 アレルギー性副鼻腔炎 アレルギー性結膜炎			
	平成 30 年 4 月 1 日より対象外 (平成 30 年 3 月 7 日付けで大阪府より通知)			
受診予定日	年 月 日			
調剤薬局用医療券	要 ・ 不要			

就学援助受給申請中の場合は以下にも記入してください。

寝屋川市立

学校

校長

様

現在、就学援助受給申請中ですが、否認定の決定を受けた時は医療券使用により無料になった医療費を、速やかに医療機関に支払いいたします。

保護者氏名

児童・生徒氏名

年

組

(注意事項)

- 1 就学援助の認定は毎年度7月中旬から末頃です。医療券は認定後に発行するものですが、それまでに受診される方は「否認定の決定を受けた場合は、ただちに医療機関に医療費の自己負担分を支払う」ことを前提として医療券を発行します。
- 2 医療機関によっては学校保健安全法医療券を取り扱っていないところがあります。医療機関の窓口で、受診の前に必ず確認してください。
- 3 医療券の対象となる学校病
 1. トラコーマ及び結膜炎（目の病気）【視力低下は含まない】
 2. 白癬・疥癬・膿疱疹（皮膚の病気）
 3. 中耳炎（耳の病気）
 4. 慢性副鼻腔炎及びアデノイド（鼻とのどの病気）
 5. う歯（むし歯）
 6. 寄生虫病（ぎょう虫など）【頭じらみなどは含みません】

※下記の疾病は対象外です。

アレルギー性鼻炎・急性副鼻腔炎

アレルギー性副鼻腔炎

アレルギー性結膜炎

平成30年4月1日より対象外

（平成30年3月7日付けで大阪府より通知）