

# 医療券申請調書

保護者が記入してください

被患者	学校名	摂津市立第四中学校		
	学年・組	年 組	生年月日	平成 年 月 日
	氏名		性別	男 · 女
	保護者名		続柄	
	住所	摂津市	丁目	番 号
	電話番号	( )		呼出( 方)
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) トロコーマ 結膜炎 白せん 疽せん 肓か疹 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			
必要月数	必要な月を記入してください ( )月分～( )月分			
薬局分	どちらかに○してください 必 要 · 不 必 要			

