

平成 年 月 日

四万十町教育委員会 様

学 校 名 四万十町立 学校

校 長 名

医療券交付申請書

健康診断（健康相談）の結果、学校保健法に基づく医療費援助の対象となる、児童、生徒の疾病が発見されましたので、医療券を交付されますよう学校疾病者調書を添えて申請します。

記

1. 要準の内訳 要保護 名、準要保護 名

2. 疾病名 う歯、 その他 （ ） ※該当の疾病に○

3. 学校疾病患者調書

No.	認定No.	学年	被患者氏名	要準	No.	認定No.	学年	被患者氏名	要準
1					16				
2					17				
3					18				
4					19				
5					20				
6					21				
7					22				
8					23				
9					24				
10					25				
11					26				
12					27				
13					28				
14					29				
15					30				

* 「要準」欄は、要保護の場合に「要」を記入。準要保護は、記入しない。