

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	摂津市立摂津小学校		
	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) トラコーマ 結膜炎 白せん 疥せん 膿か疹 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			