

就学援助医療券交付申請書

年 月 日

(あて先) 松戸市教育委員会

申請者

住所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 _____

松戸市就学援助医療券について、次のとおり申請します。

児童 生徒	氏名		
	生年月日	平成・令和	年 月 日
	学校	学校 第	学年
疾病の種類	<input type="checkbox"/> トラコーマ及び結膜炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> う歯 (むし歯)	<input type="checkbox"/> 白癬・疥癬及び膿痂疹 <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎及びアデノイド <input type="checkbox"/> 寄生虫病	
就学援助 認定区分	<input type="checkbox"/> 要保護 <input type="checkbox"/> 準要保護		