

和泉市教育委員会 教育長様

【 記 入 例 】

医療券交付申請書（平成 年

学校保健委員 保護者名でお願いいたします。
 補助の対象となる疾病に対し、番号法別表第2
 下記のとお 申請します。※申請者は保護者でお願いします。

番号確認・本人確認のために提出する書類に○をつけてください。

申請者の12桁の個人番号（マイナンバー）を記入してください。今年度初回のみご記入ください。

学校・学園名	申請者氏名	申請者住所	連絡先	個人番号カード・運転免許証・旅券・その他	0	1	2	3	4	個人番号
ここにこ小学校	和泉 太郎	和泉市 〇〇町 123-1	010-1234-5678	()						

対象児童・生徒をご記入ください。

連絡のつきやすい番号をお願いします。

児童・生徒氏名	続柄	学年組	生年月日	性別	病名	院外処方	個人番号（12桁）											
和泉 花子	子	3の1	H 20 7 7 年 月 日	男 女	う歯（虫歯）・中耳炎・アデノイド・慢性副鼻腔炎・トラコーマ・結膜炎・はくせん（水虫、たむしなど）・疥癬・のうかしん（とびひ）・寄生虫病（回虫病、ぎょう虫など）	有 無	1 1 3 3 4 4 5 5 6 6											
			H 年 月 日	男 女	う歯（虫歯）・中耳炎・アデノイド・慢性副鼻腔炎・トラコーマ・結膜炎・はくせん（水虫、たむしなど）・疥癬・のうかしん（とびひ）・寄生虫病（回虫病、ぎょう虫など）	有 無												
				男 女	う歯（虫歯）・中耳炎・アデノイド・慢性副鼻腔炎・トラコーマ・結膜炎・はくせん（水虫、たむしなど）・疥癬・のうかしん（とびひ）・寄生虫病（回虫病、ぎょう虫など）	有 無												

兄弟・姉妹等で異なる学校へ通学されている場合は、別々に申請書をご記入いただき、教育委員会へ提出してください。

薬局で薬を受け取る場合（院外処方）は「有」に○をつけて下さい。○がない場合は「無」とみなします。

対象児童・生徒の12桁の個人番号（マイナンバー）を記入してください。今年度初回のみご記入ください。

ご注意：マイナンバー記入時の申請書は必ず保護者が和泉市教育委員会事務局（和泉市役所内3号館1階）へ持参してください。

個人番号届出書類貼布欄

※個人番号（マイナンバー）確認書類については申請者（保護者）及び対象児童・生徒分を貼布してください。
なお、本人確認書類については申請者（保護者）のみ必要となります。