

就学援助費（医療費）請求申請書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

(保護者：口座名義人) 〒 ー 住 所：山口市 氏 名： 連絡先 (Tel)

下記の児童生徒の学校保健安全法第24条に係る医療費を、「医療機関受診証明」（裏面）と「領収書」を添えて請求します。

(フリガナ) 児童生徒名		該当疾病（○をつけてください） 1 トラコーマ 2 結膜炎 3 白癬、疥癬及び膿痂疹 4 中耳炎 5 慢性副鼻腔炎 6 アデノイド 7 寄生虫病 8 う歯（むし歯のこと。むし歯になりかけ、歯周病、要注意乳歯、歯並び等は対象外） ※8月末までに初診を受けたものに限る
学校名学級	学校 年 組	
学校の健診 年月日	令和6年 月 日	
請 求 月	令和6年 月分	
振 込 先	令和6年度就学援助費振込登録口座	

※太枠内を記入してください。

※就学援助費支給決定が非該当となられた場合は請求できません。

(教育委員会記入欄)

請求額（領収書）	円
保険負担額	円
決定金額	円

受診証明願

各医療機関 様

山口市教育委員会 (Tel 083-934-2862)

この用紙を提出された児童生徒に係る下表の疾病について、学校保健安全法第24条における就学援助費（医療費）の対象としたいので、疾病治癒後又は医療券受領後、下記の証明欄に証明をお願いします。証明書は保護者へお返しください。

※医療費は山口市教育委員会が、後日保護者申出口座に振り込みます。医療機関窓口では、保護者から医療費をお受け取りください。

医療機関受診証明欄

受診者名			
健康保険	政 ・ 健 ・ 国 ・ 日 ・ 共 ・ その他		
疾病名	1 トラコーマ 2 結膜炎（感染性のものに限る） 3 白癬、疥癬及び膿痂疹 4 中耳炎（滲出性を含む） 5 慢性副鼻腔炎（急性は対象外） 6 アデノイド 7 寄生虫病 8 う歯（むし歯になりかけ、歯周病等は対象外）		
	左記の疾病以外は対象外となります。		
受診月	受診日（※受診日を記入してください。）	受診日数	診療点数
4月		日	点
5月		日	点
6月		日	点
7月		日	点
8月		日	点
9月		日	点
診療最終日の状況	治癒 ・ 繰越 ・ 中止		
令和	年	月	日
医療機関所在地			
医療機関名			
院(所)長名			