

議案第 9 号

小城市就学援助医療費支給事務取扱規程の一部を改正する
告示

小城市就学援助医療費支給事務取扱規程（平成 23 年小城市教育委員会告示第 5 号）の一部を改正する告示を別紙のとおり提出する。

令和 6 年 12 月 26 日提出

小城市教育委員会 教育長 大野 敬一郎

提案理由

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の施行に伴い、小城市就学援助医療費支給事務取扱規程の一部を改正する必要がある。

これが、本議案を提出する理由である。

小城市教育委員会告示第 号

小城市就学援助医療費支給事務取扱規程の一部を改正する
告示

小城市就学援助医療費支給事務取扱規程（平成 23 年小城市教育委員会告示第 5 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号中「医療券と健康保険証をあわせて」を「個人番号カード又は医療保険の資格確認書等による確認を受けるとともに、医療券を」に改める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

議案第 9 号 小城市就学援助医療費支給事務取扱規程（平成23年小城市教育委員会告示第 5 号）の一部を改正する告示 新旧対照表

現行	改正後（案）																																																																																				
様式第 1 号（第 3 条関係） 年 月 日 就学援助用医療券交付申請書 小城市教育委員会教育長 様 申請者（保護者）名 学校健診（健康相談）の結果、次の疾病については注意事項を守り治療を行いますので、医療券の交付を申請します。 <table><tr><td rowspan="8">被患状況</td><td>該 当 に○</td><td>感染症又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病（学校保健安全法施行令第 8 条に規定する疾病）</td></tr><tr><td></td><td>トラコーマ・結膜炎</td></tr><tr><td></td><td>白癬・疥癬・膿痂疹</td></tr><tr><td></td><td>中耳炎</td></tr><tr><td></td><td>慢性副鼻腔炎・アデノイド</td></tr><tr><td></td><td>齲（う） 歯</td></tr><tr><td></td><td>寄生虫病（虫卵保有を含む。）</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ※下の欄内は、保護者が記入してください。 <table><tr><td rowspan="6">被患者</td><td>学校名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>学年・組</td><td>年 組</td><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td><td>性 別</td><td>男 ・ 女</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>連絡先</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>薬局分の医療券</td><td colspan="3">必要 ・ 不要</td></tr></table> 注意事項 （1）医療券と健康保険証をあわせて医療機関に提出して治療を受けてください。 （2）医療券の有効期限を守ってください。 （3）治療完了後は医療券を速やかに小城市教育委員会教育総務課へ提出してください。 （4）医療券を有効期限内に使用できなかった場合は、速やかに学校に返還してください。	被患状況	該 当 に○	感染症又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病（学校保健安全法施行令第 8 条に規定する疾病）		トラコーマ・結膜炎		白癬・疥癬・膿痂疹		中耳炎		慢性副鼻腔炎・アデノイド		齲（う） 歯		寄生虫病（虫卵保有を含む。）			被患者	学校名				学年・組	年 組	生年月日	年 月 日	氏 名		性 別	男 ・ 女	住 所				連絡先				薬局分の医療券	必要 ・ 不要			様式第 1 号（第 3 条関係） 年 月 日 就学援助用医療券交付申請書 小城市教育委員会教育長 様 申請者（保護者）名 学校健診（健康相談）の結果、次の疾病については注意事項を守り治療を行いますので、医療券の交付を申請します。 <table><tr><td rowspan="8">被患状況</td><td>該 当 に○</td><td>感染症又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病（学校保健安全法施行令第 8 条に規定する疾病）</td></tr><tr><td></td><td>トラコーマ・結膜炎</td></tr><tr><td></td><td>白癬・疥癬・膿痂疹</td></tr><tr><td></td><td>中耳炎</td></tr><tr><td></td><td>慢性副鼻腔炎・アデノイド</td></tr><tr><td></td><td>齲（う） 歯</td></tr><tr><td></td><td>寄生虫病（虫卵保有を含む。）</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ※下の欄内は、保護者が記入してください。 <table><tr><td rowspan="6">被患者</td><td>学校名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>学年・組</td><td>年 組</td><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td><td>性 別</td><td>男 ・ 女</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>連絡先</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>薬局分の医療券</td><td colspan="3">必要 ・ 不要</td></tr></table> 注意事項 （1）<u>個人番号カード又は医療保険の資格確認書等による確認を受けるとともに、医療券を医療機関に提出して治療を受けてください。</u> （2）医療券の有効期限を守ってください。 （3）治療完了後は医療券を速やかに小城市教育委員会教育総務課へ提出してください。 （4）医療券を有効期限内に使用できなかった場合は、速やかに学校に返還してください。	被患状況	該 当 に○	感染症又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病（学校保健安全法施行令第 8 条に規定する疾病）		トラコーマ・結膜炎		白癬・疥癬・膿痂疹		中耳炎		慢性副鼻腔炎・アデノイド		齲（う） 歯		寄生虫病（虫卵保有を含む。）			被患者	学校名				学年・組	年 組	生年月日	年 月 日	氏 名		性 別	男 ・ 女	住 所				連絡先				薬局分の医療券	必要 ・ 不要		
被患状況		該 当 に○	感染症又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病（学校保健安全法施行令第 8 条に規定する疾病）																																																																																		
			トラコーマ・結膜炎																																																																																		
			白癬・疥癬・膿痂疹																																																																																		
			中耳炎																																																																																		
			慢性副鼻腔炎・アデノイド																																																																																		
			齲（う） 歯																																																																																		
			寄生虫病（虫卵保有を含む。）																																																																																		
被患者	学校名																																																																																				
	学年・組	年 組	生年月日	年 月 日																																																																																	
	氏 名		性 別	男 ・ 女																																																																																	
	住 所																																																																																				
	連絡先																																																																																				
	薬局分の医療券	必要 ・ 不要																																																																																			
被患状況	該 当 に○	感染症又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病（学校保健安全法施行令第 8 条に規定する疾病）																																																																																			
		トラコーマ・結膜炎																																																																																			
		白癬・疥癬・膿痂疹																																																																																			
		中耳炎																																																																																			
		慢性副鼻腔炎・アデノイド																																																																																			
		齲（う） 歯																																																																																			
		寄生虫病（虫卵保有を含む。）																																																																																			
被患者	学校名																																																																																				
	学年・組	年 組	生年月日	年 月 日																																																																																	
	氏 名		性 別	男 ・ 女																																																																																	
	住 所																																																																																				
	連絡先																																																																																				
	薬局分の医療券	必要 ・ 不要																																																																																			