令和８年度 要・準要保護児童生徒医療費請求書

年　　月　　日

（あて先）奈良市長

保護者（口座名義人）　住　所

氏　名

電話番号（　　－　　－　　）

金　　円

ただし、　　年　　月分 要・準要保護 児童生徒 医療費 として上記のとおり請求します。

児童・生徒名	(フリガナ)		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
学校名	学校	学年	年	区分	要保護・準要保護
加入医療保険名称		医療保険記号・番号	記号	番号

医療機関の方へ

上記の児童生徒の診療について、学校保健安全法第24条により、就学援助費（医療費）を援助するため、下記の証明欄にご記入いただき、保護者へお返しください。医療費（患者自己負担分）は、奈良市が後日保護者口座に振り込みます。医療機関窓口では保護者より医療費をお受け取りください。

1. 公費負担の医療証（子ども医療費受給資格証、ひとり親家庭等医療費受給資格証等）を提出された場合も、公費負担の医療証は使用せず、本請求書に公費負担分を含めて患者の自己負担額を記入してください。
2. 援助の対象は、下記の疾病の治療及び調剤に限られます。同時に治療された別の疾病については、対象外です。
3. この請求書は、1枚につき1疾病、1ヶ月分です。対象月中に治癒せず、診療が続く場合は、新しい請求書が必要ですので、保護者にご連絡ください。

奈良市教育委員会事務局　教育総務課（TEL:0742－34－1111）

医療機関証明欄

病名（該当の数字を○で囲む）

1. う歯（虫歯）　2. トラコーマ　3. 結膜炎　4. 白癬・疥癬及び膿痂疹
5. 中耳炎　6. 慢性副鼻腔炎（アレルギー性副鼻腔炎、急性副鼻腔炎は対象外）
7. アデノイド　8. 寄生虫病（虫卵保有を含む）

年　月（外来日数　日）

受診年月日	保険点数	自己負担額
年　月　日	点	円
年　月　日	点	円
年　月　日	点	円
年　月　日	点	円
年　月　日	点	円
総点数　　点	①総自己負担額	円

上記のとおり診察し、保険点数にかかる自己負担額を領収しました。

医療機関　所在地

名称

氏名　　印

電話

記入欄					
教育委員会	子ども医療費助成　有・無 ひとり親医療費助成　有・無 心障者医療　有・無 附加給付　有・無 その他（　）	申請番号		②医療機関現金給付額	円
		認定期間		支給決定額（①－②）	円

※ この請求書は、教育総務課または市立小中学校へ提出のこと。
※ 就学援助費支給決定が却下となった場合は支給できません。
※ 令和8年度治療分の最終提出期限は、令和9年4月2日（金）です。

提出締め切り
年　月　日