Para la secretaría de educación de Toyohashi:

豊橋市教育委員会　様

**Hoja de solicitud del vale de tratamiento médico “IRYŌKEN”**

**医療券申請書**

**El padre o tutor deberá llenar el recuadro abajo. 太枠の中は、保護者が記入してください。** 認定番号（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitante (padre o tutor)  申請者（保護者） | Fecha de la solicitud  申請日 | 令和 Año Reiwa: 年 Mes: 月 Día: 日 | | |
| FURIGANA  ふりがな |  | Nº identificación  (12 cifras)  個人番号１２桁 |  |
| Nombre del padre o tutor  保護者氏名 |  | Parentesco  続柄 |  |
| Dirección  住所 | 〒 | | |
| Número de teléfono (que pueda atender de día)  電話番号（昼間連絡先） |  | | |
| Paciente (alumno)  被患者（児童生徒） | Nombre de la escuela  学校名 | 豊橋市立　　　　　　　　　　　　　　　　学校 | | |
| FURIGANA  ふりがな |  | Nº identificación  (12 cifras)  個人番号１２桁 |  |
| Nombre del alumno  氏名 |  | Grado, Clase  学年・組 | Grado: 年 Clase: 組 |
| Fecha de nacimiento  生年月日 |  | Seguro de salud  健康保険 | Tiene seguro ・ No tiene seguro  加入　　　・　　　未加入 |
| Estado de salud  被患状況 | **Marque con un “○” la enfermedad que desea tratarse con el vale de tratamiento médico “IRYŌKEN”. (Puede marcar varios ítems)**  \* No es válido para enfermedades alérgicas u otras enfermedades que no estén mencionadas abajo.  **医療券の発行を希望する病名に○をつけてください（複数可）。** ※ 下記以外の疾病及びアレルギー性のものは対象外です。  **Tracoma Conjuntivitis Hongos (tiña) Escabiosis (sarna)**  **トラコーマ 結膜炎 白癬 疥癬**  **Impétigo Otitis interna Sinusítis crónica (sinusitis)**  **膿痂疹 中耳炎 慢性副鼻腔炎（蓄膿症）**  **Adenoides Caries Enfermedades parasitarias (incluyendo a los portadores de larvas)**  **アデノイド う歯（むし歯） 寄生虫病（虫卵保有者を含む）** | | | |

- Arriba están mencionadas las enfermedades determinadas según la orden de aplicación del artículo 8 de las leyes de salud y seguridad escolar.

- No se podrá emitir el vale de tratamiento médico “IRYŌKEN” para el tratamiento de enfermedades que no estén mencionadas arriba. Y, si en el hospital se descubre que es otra enfermedad no mencionada arriba, no podrá hacer uso del vale y deberá pagar los gastos médicos por cuenta propia.

- Si no usa el vale de tratamiento médico (IRYŌKEN), deberá devolverlo al departamento de salud y almuerzo escolar (HOKEN KYŪSHOKU KA).

- Si va a hacer la solicitud por correo, deberá adjuntar sin falta la copia del documento para verificar el número “MY NUMBER” y documento de identificación personal, adhiriéndolas en el reverso (de la solicitud).

・上記は、学校保健安全法施行令第８条による疾病です。

・上記以外の疾病の場合、医療券は発行できません。また、病院での治療時に上記以外の疾病であることが判明した場合、医療券は使用できず、治療にかかる費用は自己負担となりますのでご注意ください。

・使用しなかった医療券は、保健給食課まで返却してください。

・郵送時には、番号確認及び身元確認の出来る書類の写しを必ず裏面に添付ください。

\* Cuadro para uso del departamento de salud y almuerzo escolar

※保健給食課使用欄 確認者氏名

sw03iryouken02.2024

|  |
| --- |
| 申請者番号確認　□個人番号カード　□通知カード　□住民票（個人番号が記載されたもの） |
| 申請者身元確認　□個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□その他（　　　　　　　） |
| 被患者番号確認　□個人番号カード　□通知カード　□住民票（個人番号が記載されたもの） |

**\* Espacio para adherir la copia de los documentos de identificación**

**※確認書類貼付欄**

**(1) Número y documentos de identificación del padre o tutor**

① Tarjeta del número de identificación (MY NUMBER) del padre o tutor, frente y reverso.

② Tarjeta de notificación del número de identificación del padre o tutor, y

documento de identificación (1 documento con foto o 2 documentos sin foto)

③ Certificado de domicilio “JŪMINHYŌ” con el número de identificación del padre o tutor, y

documento de identificación (1 documento con foto o 2 documentos sin foto)

Adherir la copia de uno de los documentos mencionados en ①, ② o ③.

**（１）保護者の番号確認書類・身元確認書類**

①　保護者の個人番号カード（マイナンバー）の表面と裏面

②　保護者の通知カード　＋　身分証明書（顔写真付き１点または顔写真なし２点）

③　保護者の個人番号記載された住民票　＋　身分証明書（顔写真付き１点または顔写真なし２点）

　①から③のいずれかの写しを貼付

**(2) Número y documentos de identificación del alumno**

① Tarjeta del número de identificación (MY NUMBER) del alumno, frente y reverso.

② Tarjeta de notificación del número de identificación del alumno

③ Certificado de domicilio “JŪMINHYŌ” con el número de identificación del alumno

Adherir la copia de uno de los documentos mencionados en ①, ② o ③.

**（２）児童生徒の番号確認書類**

①　児童生徒の個人番号カード（マイナンバー）の表面と裏面

②　児童生徒の通知カード

③　児童生徒の個人番号が記載された住民票

　①から③のいずれかの写しを貼付

sw03iryouken02.2024