

長期療養者証明願		福島大学
(医療法人等名) _____ 院長 殿 申請者 受験番号 () (在學生は学籍番号) 氏名 _____ (印)		
(氏名) _____ (出願者との関係 _____) の下記事項について証明を お願いいたします。 記		
傷病名		
療養期間	(初診日) _____ (療養終了予定日) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
本人負担額	_____ 円 (平成 年 月 ~ 平成 年 月分) ※ 証明日前1年間の本人負担額を記入ください。ただし、療養を開始してから1年以上経過していない者で、療養期間が通算1年以上と見込まれる場合は1年間の見込額を、通算1年未満と見込まれる場合は療養終了予定日までの見込額を記入ください。	
上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 平成 年 月 日 医療法人等名 _____ 所在地 _____ 証明者 職・氏名 _____ (印) (電話番号) () - () - ()		

(証明に際してのお願い) ⇒ 裏面を参照してください。

証明に際してのお願い

1. この『長期療養者証明願』は日本学生支援機構奨学生出願の際に、家計基礎算出の際に医療費負担分を軽減・控除するために提出するものです。

したがって、出願時現在において6か月以上にわたる期間療養中の者または療養を必要と認められる者を控除の対象とするもので、出願時現在療養を終了した者は対象としません。

ただし、通院で持病の治療をしている者で経常的に特別な支出がある者も対象とします。(本人負担額が『0円』の場合、傷病名・療養期間の証明のみでも可。)

2. 「保険金などで補てんされた金額」を除き、**本人負担額のみ**を記入してください。

対象とする費目は、次のとおりとします。

- (1) 医師または歯科医師に対して支払われた診療代または治療代。
 - (2) 病院、診療所へ入院するために支払われた費用。(入院患者の食費を除く。)
 - (3) あんま師、鍼師、灸師、柔道整復師等の治療を受けるために支払われた費用。
 - (4) 看護人に対して支払われた費用。(看護人に対する賄い費を含む。)
 - (5) 治療代または療養のために支払われた医薬品代。
3. 該当者が複数いる場合などは、必要枚数をコピーしてください。

照 会 先	福島大学学生課学生企画担当 〒960-1296 福島市金谷川1番地 TEL 024-548-8061 (ダイヤルイン) FAX 024-548-7681 E-mail gakuryou@adb.fukushima-u.ac.jp
-------------	--