

長期療養者証明願 (【入学科・授業料】免除・徴収猶予申請用)		福 島 大 学
(医療法人等名) 院長 殿 学籍番号または受験番号 申請者(学生本人) 氏 名		
このたび、福島大学に 免除・徴収猶予 の申請書を提出するために必要としますので、 (氏名) (申請者の * 父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母) 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 (年 額) 円(平成 年 月~平成 年 月分) 証明日前1年間の、高額療養費等の保険給付を除いた本人負担額を記入してください。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願います。	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所 在 地 担当者職名 担当者氏名 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。

* 印の箇所は、該当するものを で囲んでください。

記入いただいた個人情報、【入学科・授業料】免除・徴収猶予選考のために利用され、その他の目的には利用されません。

証明に際してのお願い

1. この『長期療養者証明願』は、授業料免除・入学料免除の申請の際に、家計基礎算出において「同一生計の家族」の医療費負担分を軽減・控除するために提出するものです。

控除の対象は、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とします。しかし、出願時現在療養を終了した者は対象としません。

また、通院で持病の治療をしている者で、経常的に特別の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. 控除の対象とする費目は、次のとおりとします。

ただし、健康保険等によって医療給付を受ける金額及び損害賠償額等「保険金などで補填された金額」を除き、**本人負担額**のみを記入してください。

なお、署名及び捺印については、実務担当者の方のもので差し支えありません。

- (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、柔道整腹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
- (6) 病院、診療所へ通院するために支出する交通費(必要不可欠と認められるものに限る)
- (7) 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた者が介護サービスを利用した場合の自己負担金

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 学生生活支援担当 〒960-1296 福島市金谷川1番地 TEL: 024-548-8060 (学生生活支援担当直通) FAX: 024-548-7681 (学生課)
-------------	--