

長期療養に係る医療費等支出明細書 (福井大学生協奨学金等申請用)

学籍番号 _____

学生氏名 _____

長期療養に係る医療費のために特別に支出している経費は次のとおりです。

療養者氏名：		続柄：		診療開始時期： 年 月		
支出月	支出状況 (円)	入院分	外来分 (調剤料含む)	介護サービス (自己負担分)	その他 (交通費等)	補填金額 (高額療養費等)
	*食事負担額・個室料・文書料は除く					
前期 申請時	年 10月					
	11月					
	12月					
	年 1月					
	2月					
	3月					
後期 申請時	年 4月					
	5月					
	6月					
	7月					
	8月					
	9月					
合計		①	②	③	④	⑤
自己負担額合計 (①+②+③+④) -⑤		× 2 =年間自己負担額				円

1. 医師の診断書(病名・療養期間(6ヶ月以上)を記したものの原本)と、領収書及び補填金額の証明書類を日付順にA4サイズにまとめてコピーしたものを必ず添付してください。
2. 月の支出額が一定の金額を超える場合は、高額医療費として取り扱われるので、申請に当たっては、最終的に自己負担となる金額を確認して記入してください。
3. 医療費の還付(控除)申請等のため確定申告を行っている場合は、確定申告書(控)のコピーを提出してください。(前期申請時の場合)
4. 前期申請時は前年10月～本年3月支払分まで、後期申請時は本年4月～本年9月支払分までの療養費を記入してください。

《控除の対象となる費目は次のとおりです。》

- 医師・歯科医師への診療・治療費
- 病院、診療所に通院するために必要不可欠な交通費
- 病院、診療所への入院費用
- 医師等の指示による、治療又は療養のための医薬品費
- マッサージ師、鍼灸師、柔道整復師等の治療費
- 看護人に対して支払う費用(看護人に対する賄い費を含む)
- 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた者がサービスを利用した場合の自己負担額

※ただし、支出合計が1万円を超えない月は対象外です。

※証明書類(領収証等)の添付がない金額については、控除額の対象となりません。