

## 長期療養者の負担額証明書

各医療機関 殿

&lt;長期療養者&gt;

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請者との続柄 \_\_\_\_\_

福岡教育大学在学中の 教育学部・大学院教育学研究科 \_\_\_\_\_ 課程・専攻  
学籍番号 \_\_\_\_\_ 申請者氏名 \_\_\_\_\_ が授業料免除等を申請します  
ので、私の下記事項について証明していただきますようお願いいたします。

記

療養者氏名	_____	
	初診月	療養終了予定月
(1) 療養期間：	_____年____月	_____年____月・未定
(2) 療養者等負担額 〔 証明日前1年間の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一年以上経過していない場合は、初診日から証明日までの本人負担額を記入してください。 〕		
_____年____月 ~ _____年____月 _____円		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

証明者職・氏名 \_\_\_\_\_ (印)

- 当添付様式は、同一病名につき1枚、同一医療機関につき1枚を使用してください。
- 保険金・高額療養費等によって補てんされる金額がある場合は、振込通知書のコピー等、その金額が証明できるものを添付してください。

## ■ 証明に際してのお願い

1. この「長期療養者の負担額証明書」は、入学料・授業料免除等の申請にあたり、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、申請時現在において、同一病名で6カ月以上の長期間にわたり療養中の者又は、療養が必要と認められる者を控除の対象とするもので、申請時現在療養を終了した者は対象としません。但し、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。
  2. 対象とする費目は次のとおりです。
    - ① 医師又は歯科医師に対して支払う診療代又は治療代
    - ② 病院、診療所へ入院するために支出する費用（入院患者の食費は除く）
    - ③ あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師などの治療を受けるために支出する費用
    - ④ 看護人に対して支払う費用（看護人に対するまかない費を含む）
    - ⑤ 医師等の指示により、治療又は療養のために支出する医薬品代
    - ⑥ 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた人がそのサービスを利用した場合の自己負担額
- ※ 食事代、診断書料、個室料は控除対象になりません。

ご不明な点等がありましたら、下記担当までお問い合わせください。

【問い合わせ先】 福岡教育大学 学生支援課 入学料・授業料免除等担当 TEL：0940-35-1250