

年 月 日

長期療養者に係る支出（見込）額等申立書

公益財団法人土佐育英協会理事長 様

申請者氏名 (入寮願書提出者) 印

主たる家計支持者氏名 (申請者との続柄: ) 印

入寮願書提出者と生計を一にする長期療養者にかかる支出（見込）額等は、下記のとおりです。

記

Table with 3 columns: 長期療養者の氏名, 申請者との続柄, 現住所

1. 直近6か月間の支出状況等

Table with 4 columns: 年月分, ①医療費等恒常的に支出している金額 (自己負担分), ②損害賠償等によって補てんされる金額, 計 (①-②)

※医療保険・介護保険等の適用があるもののうち自己負担分を記入してください。

※申請前6か月間に恒常的に支出している金額を証明できるもの（領収書等）を添付してください。

2. 今後1年間の支出見込額 \_\_\_\_\_ 円

※裏面に注意書き

※ 「長期療養者」とは、申請時現在において6か月以上にわたる期間療養中の者又は療養を必要と認められる者です。療養が終わっている者は該当しません。療養の期間・内容については、医師等の証明書等で確認します。

※ 「2. 今後1年間の支出見込額」には、今後の療養見込期間を考慮し、年間の療養期間に見合った支出額（千円未満切り上げ）を見込金額として記入してください。年間支出見込金額の計算に当たっては、直近6か月（療養期間が6か月未満の場合は、全療養期間）の月額平均を1.2倍したものを年間支出見込額としてください。

※ 長期療養者が複数いる場合は、療養者ごとに申立書を作成し、証明書を添付してください。

※ 対象費目等

①対象費目（保険適用分に限る）
医師又は歯科医師への診療・治療費
病院、診療所への入院費用
マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師等の治療費
病院、診療所の医薬品費（治療用装具を含む）
病院、診療所に通院するための交通費（必要不可欠なものに限る）
看護人に対して支払う費用（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受けた場合の自己負担額
※高額療養費制度、健康保険等によって医療給付を受けた金額、及び損害賠償等によって補てんされる金額を除く ※老人ホームの入所費、差額ベッド代、食費は含まない ※食事療養費、保険適用外の文書料は含まない
②必要となる証明書等
・医師等の証明書 ・恒常的に支出している金額を証明できるもの（領収書等） ・高額療養費制度、健康保険等によって医療給付を受ける金額、損害賠償等によって補てんされる金額がわかるもの