（別紙様式１）

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
（願書提出者）

長期療養者氏名

（申請者との続柄：　　）

＿＿＿＿年＿＿月から現在まで長期的に療養しています。支出した費用は以下のとおりです。

（直近６か月分）

	医療機関等の保険分一部負担額	調剤費（処方箋に基づいた薬代）	その他
年　月	円	円	円
年　月	円	円	円
年　月	円	円	円
年　月	円	円	円
年　月	円	円	円
年　月	円	円	円
計	A　円	B　円	C　円
年間推定額	D　円	E　円	F　円

医療費の還付金額	G　円

高額医療費、個人医療保険等の還付金がある場合に記入してください。証明書は不要です。

合計	（D＋E＋F）－G　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、診断書等で確認します。

※　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。

※　年間推定額の計算方法

①　毎月の支払額がほぼ同額の場合
６か月分の合計額を２倍してください。

②　手術・入院等で一部の月のみ特に支払額が多い場合
その月を除いて平均月額を算出し、年間推定額を計算してください。
例　６月に手術のため支払額が多い場合：（7 月分～11 月分計）÷5×11＋6 月分

※　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。

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きます
※老人ホームの入所費、差額ベッド代、食費は含みません
※食事療養費、保険適用外の文書料は含みません

②必要となる証明書等

・診断書　（原本）
・恒常的に支出している金額を証明できる領収書等（Ａ４サイズにコピーしたもの）

※提出された証明書等は返却できません。