

(該当するものを、○で囲んで下さい。)

↓

長期療養による支出明細書
火災・震災・風水害・盗難

学校名

申込者氏名 印

該当者氏名 (同一生計家族のみ対象)

年 月から現在まで長期療養または被災しています。経費支出は下記のとおりです。

長期療養費支出計算書

領収書 年・月	病院等名	病院等へ支 払った医療費	調剤薬局名	調剤薬局へ支 払った薬代	月 計
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
年 月		円		円	円
年 月		円		円	円
年 月		円		円	円
年 月		円		円	円
領収書計		円		円	円
年間推定額		円		円	円

注1) 長期療養(6ヶ月以上継続・見込含む)を必要としている方が対象です。
直近6ヶ月分の医療機関や調剤薬局等の領収書の写しを添付して年間支払額を推定して下さい。

火災・震災・風水害・盗難による支出計算書

領収書 年・月	支払先名	支払金額	詳細
年 月		円	
年 月		円	
年間推定額		円	

注2) 平成29年1月以降に被害を受け、長期(2年以上)にわたって支出増・収入減になる場合のみ対象。
被害を受けたことの証明書(罹災・被災・盗難届出)と被害により生じた実費を証明する領収書の写しを添付して年間推定額を記入。(確定申告した場合は「平成29年分の確定申告書」の写しを添付)