

特別控除申請書(長期療養費)

学籍番号 _____ 氏名 _____

療養中の者の氏名	
療養を開始した年月日	年 月 日

控除の対象となる費用の金額を記入し、その領収書(コピー可)を添付してください。

■通院や継続的な入院				■単発の入院
支払い年月	医療機関(病院、介護施設)等の保険分一部負担額	薬局の調剤費	その他	医療機関(病院、介護施設)等の保険分一部負担額
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
計	(A)円	(B)円	(C)円	
年間(推定)額	(D)[(A)÷6×12]円	(E)[(B)÷6×12]円	(F)[(C)÷6×12]円	(G)円

[対象]
診療費・治療費(マッサージや鍼灸、柔道整復等の治療を含む)・入院費・医薬品費・通院費用・看護人に対して支払う費用
介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた人がサービスを利用した場合の自己負担額

[対象外]
光熱費・差額ベッド代・食費・老人ホームの入所費・食事療養費・保険適用外の文書料等

医療費の還付金額	(H) _____ 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。 (還付金についての証明書類は提出不要です。)
----------	-------------	--

合計	
{(D) + (E) + (F) + (G)} - (H)	万円

(一万円未満は切り上げ)

- 【注意事項】
- ・ 申込時点から遡って6か月分を申告してください。6か月以上の長期療養が見込まれるが申込時点で6か月に満たない場合は、療養を始めた月以降の分を申告してください。
 - ・ 自己負担分が対象です(保険や損害賠償、公費等により補填された金額は対象外です)。
 - ・ 領収書がA4よりも小さい場合は、A4用紙を台紙として貼付してください。
複数ある場合は支払い項目や支払い日で並べて整理してください。