

(様式D) ※該当がある場合のみ提出

長期療養費計算書

志願者氏名 _____

対象者氏名 _____

長期療養を開始した年月 _____ 年 _____ 月から

| 年 月 | 医療機関(病院、介護施設)等の一部負担額 | 薬局の調剤費 | 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 | 円 | 円 | 円 |
| 年間推計額 | 円 | 円 | 円 |

○直近6カ月の支払金額を記入。平均額×12か月で計算し、年間推計額を算出してください。

※原則、通院は対象となりません。ただし、退院後に通院している人や、通院で持病の治療を受けている人は、6か月以上(入院期間も含めて)通院し、経常的に支出がある場合のみ対象となります。

※介護保険法による要介護・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も対象となります。

※申込時点で療養を終えている人は、対象となりません。

※領収書のコピーが添付されていない場合は、対象となりません。

※光熱水費、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は対象となりません。

※証明書類は、一切返却しません。後日原本が必要となるものは必ずコピーを提出してください。

| | | |
|----------|---|-----------------------------------|
| 医療費の還付金額 | 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。 |
|----------|---|-----------------------------------|

| | | |
|-----------------------|---|------------|
| 年間推計額の合計－ 医療費の還付金額 | 円 | ←万円未満を切り上げ |
|-----------------------|---|------------|