

# 長期療養者に関する支出状況報告書

## Report of Long-term medical treatment

令和 年 月 日

琉球大学長 殿

To: The President of the University of the Ryukyus

学部・研究科

Name of Faculty or Graduate School

受験番号又は学籍番号

Examinee Number or Student ID Number

学生氏名

Name of Student

同一生計者に長期療養者がいるため、特別に支出している金額は下記のとおりです。

Since there is a person who needs Long-term medical treatment in the same household, the amount of money spent specially is as follows.

### 記

#### 1. 長期療養者について

長期療養者氏名

続柄

Name of Long-term medical treatment

Relationship

傷病名

Name of illness/injury

治療開始日

年

月

日

Treatment start date

/

/

(Year/Month/Day)

※長期療養者が複数名いる場合は、本様式を該当人数分提出してください。

If there are multiple Long-term medical treatment, please submit this form for each of them.

#### 2. 支出状況について

6か月分の支出月額（自己負担額）を記入し、自己負担の無い月は「0」と記入してください

Please fill in the self-pay amount for 6 months. Enter "0" for months with no out-of-pocket expenses.

支払月 Month	医療費/Medical bills			介護サービス Nursing care service	医療費合計 Total medical expenses
	外来分 Outpatient	入院分 Hospitalization	薬代 Medicine fee		
月分	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)
月分	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)
月分	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)
月分	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)
月分	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)
月分	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)
合計/Total	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)	円(¥)

①前期申請者は前年9月分から本年2月分まで、後期申請者は本年3月分から8月分までについて記入してください。

Applicants for the first semester should fill in the data from Sep. of the previous year to Feb. of this year, and applicants for the second semester should fill in the data from Mar. to Aug. of this year.

3. 添付書類について

本様式と併せて、以下の書類を提出してください。

Please submit the following documents along with this form.

① 1. で記入した傷病名が記載された診断書のコピー。

A copy of the medical certificate with the name of the illness/injury entered in.

※診断書のコピーが提出できない場合は、次のいずれかの書類を提出してください。

If you cannot submit a copy of the medical certificate, please submit one of the following documents.

- ・「介護保険被保険者証」のコピー

Copy of Long-term Care Insurance certificate

- ・「自立支援医療受給者証」のすべての面のコピー

Copy of all sides of Certification for outpatient psychiatric rehabilitation

- ・「特定疾病医療受給者証」のすべての面のコピー

Copy of all sides of A grant-in-aid program for chronic diseases

- ・「特定医療費（指定難病）受給者証」のすべての面のコピー

Copy of all sides of Specific medical expense (designated intractable disease) recipient certificate

- ・「身体障害者手帳」のコピー

ただし、障害名が記載されており、長期療養が確認できる場合に限りです。

Copy of Physically Disabled Person's Handbook

However, this is limited to cases where the name of the disability is listed, and long-term medical treatment can be confirmed.

② 2. で記入した自己負担分の医療費について、療養者名・支払日・支払内訳が分かる領収書のコピー。

ただし、非課税世帯の方は提出する必要はありません。

※支払月毎にまとめて（様式12）に貼付し、提出してください。

A copy of the receipt showing the patient's name, date of payment, and breakdown of payment for medical expenses paid by the patient.

Submit a copy of receipts, sorted by month of payment, and pasted onto Form 12.