

長期療養証明書

年 月 日

各診療機関 殿

申請者 (学生)	大分大学 学部	学籍番号 学科・課程	年
氏名			
療養者氏名			
住所			
申請者との続柄			

※枠内は申請者側で記入し、下記部分を医療機関に証明してもらってください。

奨学金の申請に際し、私（療養者）の診療状況を証明くださるようお願いいたします。

記

- (1) 病名 _____ (プライバシーに関わるものは未記入でも構いません)
- (2) 診療開始日 _____ 年 月
- (3) 診療見込期間 今後 _____ 年 カ月程度
- (4) 治療に要した費用のうち食費を除く自己負担額
(直近12か月分の支払済みの金額を記入してください。)

年 月 (実績)	_____円	年 月 (実績)	_____円
年 月 (実績)	_____円	年 月 (実績)	_____円
年 月 (実績)	_____円	年 月 (実績)	_____円
年 月 (実績)	_____円	年 月 (実績)	_____円
年 月 (実績)	_____円	年 月 (実績)	_____円
年 月 (実績)	_____円	年 月 (実績)	_____円

合計 _____円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地 _____
医療機関名 _____
医師氏名 _____ (印)

(ご担当者様)

6ヶ月以上の期間にわたって療養中の場合、また、6ヶ月以上の期間にわたって療養が必要と認められる場合は、長期療養者として療養費の控除ができるようになっております。なお、不明な点がありましたら、大分大学学生・留学生支援課奨学支援係（097-554-7469/7453）にお問い合わせください。

※ 複数枚必要な場合は、申請者が各自でコピーしてください。