

(特別な家庭事情に関する証明書の⑨)

〔日本学生支援機構奨学金希望者のみ〕

長期療養者医療費明細書

療養期間	療養者氏名	学生本人との続柄
年 月 日から 現在継続中		

チェック

☐ 医師による診断書（コピー可）をあわせて提出してください。

◎ 出願時現在六カ月以上療養中の方に限ります。
最近三カ月分の領収書に基づき、支払金額（自己負担分）を記入してください。
領収書は日付順に番号を付し、本明細書の番号と一致させてください。
領収書はコピーをして別途A4判用紙に貼付のうえ、ご提出ください。領収書の貼付がない場合は対象外となります。
書ききれない場合は本用紙をコピーしてご使用ください。

番 号	日 付	支払金額（自己負担金額）
①	月 日	円
②	月 日	円
③	月 日	円
④	月 日	円
⑤	月 日	円
⑥	月 日	円
⑦	月 日	円
⑧	月 日	円
⑨	月 日	円
⑩	月 日	円
⑪	月 日	円
⑫	月 日	円
⑬	月 日	円
⑭	月 日	円
⑮	月 日	円
⑯	月 日	円
⑰	月 日	円
⑱	月 日	円
⑳	月 日	円
合 計		円

療養に要した支出は上記のとおりです。記載内容に相違ありません。

家計支持者氏名		捺印	⑨	学生本人との続柄	
---------	--	----	---	----------	--

学 部 名	学 年	学 籍 番 号 (または受験番号)	氏 名
学部	年		