

神奈川県児童養護施設退所者等自立支援資金 医療費追加分所要額調書

申請者氏名	
-------	--

A

受診頻度(1年あたりの受診回数)	回
------------------	---

B 過去直近3回の受診・負担状況

	受診年月日	医療費等の自己負担額	例:年6回
前回	年 月 日	円	5,300
前々回	年 月 日	円	4,800
前々々回	年 月 日	円	4,500
合計		円	14,600



C

1回あたりの平均負担額 【 Bの合計÷3 (円未満切り捨て) 】	円	4,866
-------------------------------------	---	-------



D

月あたり負担額 【 A×C÷12 (円未満切り捨て) 】	円	2,433
---------------------------------	---	-------



E

医療費追加分所要額 【 Dの千円未満切り捨て 】	円	2,000
-----------------------------	---	-------

- 1 C:1回あたりの平均負担額の計算結果に円未満の額がある場合は切り捨てること。
- 2 D:月あたりの負担額の計算結果に円未満の額がある場合は切り捨てること。
- 3 E:医療費追加分所要額は1回あたりの平均負担額の千円未満を切り捨てた額とすること。
- 4 申請書(様式1)の「医療費追加分」月額欄には、E欄の金額を記入すること。
- 5 過去直近3回の医療費等の領収書のコピーを添付すること。