

様式①

学 生 用

表面に領収書をホチキスで留めてください

補助申請書

記載例

学校法人東日本学園後援会
会長 三上 章 殿

・提出日 平成 27 年 5 月 3 日
・患者ID番号 [123456789]
・学部／学科等 [薬学部 薬学科]
・学生番号 [0925555]
・氏 名 [当 別 太 朗]
・連絡先(携帯番号) [090-9999-1111]
・連絡先(e-mail) [aaa@bbbb.ne.jp]

アドレスはできるだけ
携帯電話(すぐ連絡
のつくもの)をお願い
します。

下記のとおり、補助を申請いたします。

領収書金額を記載

診療を受けた日	医療機関名	(受診科)	領収書金額	*補助額 上段:保険額 下段:保険外額
平成 27 年 4 月 3 日	大学病院	内 科	6,920 円	円
平成 27 年 4 月 25 日	歯科クリニック	歯 科	390 円	円
平成 27 年 4 月 30 日	大学病院	皮膚 科	1,110 円	円
平成 27 年 5 月 1 日	大学病院	内 科	3,990 円	円
平成 年 月 日		科	円	円
平成 年 月 日		科	円	円
平成 年 月 日		科	円	円
平成 年 月 日		科	円	円
平成 年 月 日		科	円	円
平成 年 月 日		科	円	円
合 計			12,410 円	円
注1)記載しきれない場合は、裏面も使用願います。			* 合 計	円

注2)裏面に注意事項が記載されておりますので、必ず熟読願います。
* 補助額は後援会事務局が記載しますので、学生は記載しないで下さい。