

補助申請書

学校法人東日本学園後援会
会長 三上 章 殿

・提出日 平成 年 月 日
 ・患者ID番号 []
 ・学部／学科等 []
 ・学生番号 []
 ・氏 名 []
 ・連絡先(携帯番号) []
 ・連絡先(e-mail) []

下記のとおり、補助を申請いたします。

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 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			円	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。					

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 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			円	円	円
			* 合 計	円	

【注意事項】

- 領収書は原本を添付してください。(コピーは認められません。)
- 申請書提出先は、学校法人東日本学園後援会事務局になります。
後援会事務局では、申請に際し、下記の期間窓口を開設いたしますので、申請を希望する学生は後援会事務局所定のBOXに申請書を提出願います。
当別キャンパスの学生 → 学生支援課 あいの里キャンパスの学生 → 心理科学課
提出期間: 1～10日(土・日・祝日を除く) 8:45～17:00
- 現金の受け渡しは、提出月の20日～月末(土・日・祝日を除く) 12:00～13:00です。
- 現金を受け取る場合、必ず「学生証」を持参してください。
(代理人はいかなる理由があっても認めません。)
- 領収書を紛失した場合は、当該医療機関が発行する支払証明書を添付してください。
(支払証明書を発行する場合、手数料がかかります。詳しくは医療機関にお尋ねください。)
- 補助率は、保険診療は100%、保険外(自費)診療は30%です。
- 物品(ハブラシ、支払証明手数料など)等の費用は補助対象外です。
- ご不明な点は、学校法人東日本学園後援会事務局(0133-22-2111)にお尋ねください。