

様式①裏面

(太枠内のみ記入)

診療を受けた日(診療日)	医療機関(薬局)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
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			円	円	円
			*合計		円

【注意事項】

1. 「申請書」について

- ・必要事項をすべて記載すること(記載もれがある場合は補助ができません)
- ・提出は一人一枚とする(記載欄が不足した場合を除く)
- ・領収書は原本をホチキス留めで添付すること(コピー不可)

2. 「申請書の提出」と「補助の受け取り」について

- ・提出期間:1~10日(土・日・祝日を除く)8:45~17:00
- ・提出場所:当別キャンパスの学生 → 学生支援課
札幌あいの里キャンパスの学生 → 心理科学課
- ・受取期間:提出月の20日~月末(土・日・祝日を除く)12:00~13:00
- ・受取場所:当別キャンパスの学生 → 学生支援課横の後援会カウンター(期間中設置)
札幌あいの里キャンパスの学生 → 心理科学課
- ・補助金受け取りの際には**必ず「学生証」を持参**すること(代理人不可)

3. その他

- ・補助率は**保険診療は100%、保険外(自費)診療は30%**
- ・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すること
(支払証明書の詳細は医療機関に問い合わせること)
- ・物品(歯ブラシなど)、支払証明書手数料等の費用は補助対象外

4. お問い合わせ先

学校法人東日本学園後援会事務局(0133-22-2111)