

住所

通院（予定）	月・週	回程度で	年	ヶ月
--------	-----	------	---	----

下記については申請者が記入してください。

--	--

長期療養に係る特別控除について

- ・申請時現在において、6ヶ月以上の長期療養中の方又は医師の診断等により療養が必要であると診断され、**療養のため通常の生活が困難な方がいる世帯が対象**となります。

なお、申請時現在において療養を終わった方、歯や高血圧等の治療のため病院等に通院していても**通常どおりの生活が可能な方（仕事、日常の生活に支障のない方）は該当しません。**

- ・控除の対象となる費目は、診療代、治療代、入院費（食費を除く。）、看護人費用、医師等の指示により治療又は療養のために支出する医薬品代、医師等が必要と認めた治療用装具代、医師が証明したおむつ代などです。

なお、特別療養環境室料や施設使用料は、医師が治療のために必要と認めた場合に限り、控除の対象となります。

- ・健康保険法の規定により支給を受ける家族療養費、高額療養費などの保険金などで補てんされる場合は、その補てんされた金額分については、控除の対象となりません。

※長期療養に係る特別控除の希望者で、免除申請書類提出時までに間に合わない領収月の負担額や払戻金額は、後日、追加で提出することも可能です。間に合わない場合は、個別に申し出てください。