

入 寮 願

令和 年 月 日

岡山大学長 殿

.....学部.....学科(課程)  
.....年度入学  
学 生 番 号 .....  
氏 名.....  
現住所.....  
保 護 者 氏 名.....  
現住所.....

岡山大学女子学生寮に入寮したいので、下記の必要書類を添えて、保護者連署の上願い出ますので、許可くださるようお願いいたします。

入寮希望理由

記

- |   |     |
|---|-----|
| 1 入寮選考調書  | 1 通 |
| 2 市区町村長の発行する所得・課税証明書<br>.....(※令和5年分の所得・課税証明書)..... | 1 通 |
| 3 入寮誓約書   | 1 通 |

令和6年度  
岡山大学入寮選考調書

別紙2「入寮選考調書 記入上の注意点」をよく読み、    内に必要事項を記入し、必要な書類を添付してください。

写真貼付  
4 cm × 3 cm

学科・学部							
フリガナ 氏名	平成 年 月 日生 ( 歳)						
本人現住所 (入寮可否連絡先)	(〒 - )		電話 ( ) -	携帯 ( ) -			
家族住所	(〒 - )		電話 ( ) -				
家族 及 び 所 得	① 就学者を除く家族	続柄	氏名	年齢	同居・別居	給与収入の額(税込)(万円)	給与収入以外の収入額(税込)(万円)
		父			同居・別居		
		母			同居・別居		
					同居・別居		
					同居・別居		
	② 就学者(本人除く)	続柄	氏名	学年	設置者	学校種別	通学別
					国公立・私立	小・中・高・高専・専修(高等・専門)・大学	自宅・自宅外
					国公立・私立	小・中・高・高専・専修(高等・専門)・大学	自宅・自宅外
					国公立・私立	小・中・高・高専・専修(高等・専門)・大学	自宅・自宅外
					国公立・私立	小・中・高・高専・専修(高等・専門)・大学	自宅・自宅外
特 別 控 除 関 係	該当する事情			該当の内容		特別な支出金額(万円)	
	③	母子・父子世帯	母子世帯 ・ 父子世帯				
	④	障害のある人がいる世帯	続柄( ) 障害者手帳等の番号(				
			続柄( ) 障害者手帳等の番号(				
	⑤	長期療養者のいる世帯	続柄( )				
			続柄( )				
⑥	天災・火災等の災害を受けた世帯	被災年月日(令和 年 月 日) 被災内容					

世帯人数 \_\_\_\_\_ 人

年 月 日

## 入 寮 誓 約 書

岡山大学長 殿

岡山大学女子学生寮に入寮の上は、寄宿料、寮費を遅延なく納め、学生寮に関する規則を遵守することを誓い、もし寮生として不相当と認められ、退寮を命ぜられた場合は一切異議なく従うことをここに誓約します。

\_\_\_\_\_学部\_\_\_\_\_学科（課程）

\_\_\_\_\_年度入学

本人署名 \_\_\_\_\_

父母等現住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

父母等署名 \_\_\_\_\_

（本人との続柄： \_\_\_\_\_）

氏名	
----	--

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

(記入にあたっては裏面を参照してください。)

### 療 養 費 証 明 書

療養者氏名				診療期間	※ 通院・入院 _____年 _____月から _____ヶ月目・週 _____回程度来院		
傷病名				健康保険の種類	※ 国保 ・社会保険 ・老人保険 ・その他( _____ )		
区分	↓ 診療機関の方は証明した項目に○をつけてください。			④ その他(調剤薬局等)	⑤ 補填金額 (高額療養費・高額介護サービス費)		自己負担額合計 ((①+②+③+④)-⑤)
	①入院	②外来	③介護サービス (自己負担分)		診療機関記入欄	本人記入欄 (領収書添付必要)	
支払った月	※食費、個室料、予防注射料、文書料は除いて記入願います。 (本人が記入する場合は、診断書(本紙)【様式10-①】、領収書等の添付が必要です。						
2023年 7月							
2023年 8月							
2023年 9月							
2023年 10月							
2023年 11月							
2023年 12月							
2024年 1月							
2024年 2月							
2024年 3月							
2024年 4月							
2024年 5月							
2024年 6月							
合計金額	円	円	円	円	円	円	円

上記傷病に係る、療養費、6か月以上療養していること、 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 診療機関・施設、調剤薬局等名  
又は6か月以上の療養を必要とすることについて証明します。

※ 調剤薬局に依頼するときは、必ず、医師の証明のある傷病等の分についてのみ証明を受けてください。 住所

※ 介護サービスに係る分については、請求内容の内訳が記載された領収書(写)が必要です。 医師名等

印

<この様式は、2枚目(裏面)があります。必ず、併せて確認してください。>

## 療養費証明書（様式4）記入要領及び注意事項

- 「長期療養者」の区分で特別控除を受ける場合は提出してください。
- 申請時現在において、6ヶ月以上の長期療養中の方、医師の診断書等により療養が必要であると判断された方又は介護保険被保険証にて介護等が必要とされた方が対象となります。
- 算入する療養費は、2023年7月～2024年6月に支払ったものが対象です。
- 病院・施設・薬局等に願ひ出て、記入してもらい、証明を受けてください。証明を受けた場合は、医療費に関して診断書・領収書の提出は不要です。介護サービスに係る分については、この様式で施設等から証明を受けた場合でも、介護保険被保険者証(写)と、請求内容の内訳が記載された領収書(写)が必要です。
- 証明を受けられなかった場合、自身で療養費証明書に記入してください。その場合は、提出の際は、「診断書」(様式4-①)と「算出の元になった領収書」(写)を併せて提出してください。提出のないものについては、無効です。
- 自身で証明する場合は「診療機関記入欄」に記入しないよう注意してください。また、診療機関が証明する場合は、本人記載欄は記載しないでください。記入がある場合、本紙は無効となります。
- 自身で作成する場合は、領収書(写)は、最近1年以内のもので、月ごとにA4判用紙に貼付し、合計金額を記入してください。領収書は確認しやすいように月ごとに並べてください。
  - ※ 月ごとに並んでいないもの、算出表に金額の記入のないもの及びA4判になっていないものは対象外とします。
  - ※ 領収書に氏名の書かれていないもの、領収印のないもの、介護サービスについては、料金の内訳の記載のないものも対象外とします。
  - ※ 補填される金額があり、⑤に記入する場合は、払込通知書(写)も添付してください。

○複数の医療機関・薬局を受診している場合は、本紙をコピーし、病気別、病院・調剤薬局別に療養費証明書を作成してください。

○控除の対象となる費目は、次のとおりです。

- ア. 医師又は歯科医師への診療・治療費(保険適用分のみ)
- イ. 病院、診療所への入院費用(保険適用分のみ。ただし、食事療養費は除きます。)
- ウ. マッサージ師、鍼灸師、柔道整復師などの治療費
- エ. 看護人に対して支払う費用(看護人に対する賄い費を含む)
- オ. 治療又は療養のための医薬品費(診療が確認できるもので、保険適用分のみ)
- カ. 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた方が、サービスを利用した場合の自己負担額(食事代や、税法上の控除対象とならないもの、用具の貸与費用等は除きます。)

※ 文書料、予防注射料、個室料、差額ベッド料は控除対象になりません。

### 【診療にあたる診療機関の方へ】

- 太枠内を記入してください。なお、空欄の箇所は斜線を引いてください。
- 月ごとにかかった自己負担額について証明をお願いします。
- 「④その他」欄については、上記の控除対象費目のうち、エ～カについて記入をお願いします。
- 算入する療養費は、2023年7月～2024年6月に支払った領収書によるものが対象です。

氏名	
----	--

この様式は、診療機関等から「療養費証明書(様式4)」での証明が受けられなかった場合のみ使用してください。

【医療機関及び医師の方へ】

岡山大学へ女子寮入寮を申請するために必要ですので、下記診断書を作成願います。

不明な点は、岡山大学学務部学生支援課(TEL086-251-7185)までお問い合わせ願います。

※以下の枠内は、証明を依頼する方が記入してください。

患者の氏名	
住 所	
申請者本人との続柄	

## 診 断 書

患者の氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ____年 ____月 ____日
傷病名	
上記傷病による 治療期間	____年 ____月 ____日から 現在治療中で、 <input type="checkbox"/> 今後 ____か月程度治療を要する見込みである。 <input type="checkbox"/> 今後、永続的な治療が必要と見込まれる。
附 記	上記の傷病名での、他の医療機関の通院歴や転院歴等がある場合記入してください。 画像診断等のための他機関紹介等についても、できるだけ記入してください。

上記のとおり診断します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療法人等名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

(TEL \_\_\_\_\_ )

医 師 \_\_\_\_\_ 印