

財政支援申請書

セクション1: 患者の情報

氏名、医療サービスを受けた時点の住所、および当セクションに記載されている他の情報を活字体で記入して下さい。

アカウント番号 _____ サービスを受けた日（複数可） _____

患者の氏名： _____
姓 名 ミドルネームイニシャル

住所： _____ 市： _____ 郡： _____
番地とストリート

居住州： _____ 郵便番号： _____ 生年月日： ____/____/____ 配偶者の有無 独身 既婚 離婚

連絡先電話番号： (____) _____ 自宅 携帯 職場 その他： _____

Eメールアドレス： _____

サービス当日の健康保険： 保険なし メディケア（Medicare） メディケイド（Medicaid） その他 _____

セクション2: 世帯収入と資産

本人、配偶者、その他の家族全員（該当する場合）の収入を記入して下さい。

収入源	サービス前 3カ月間の合計	サービス前 12カ月間の合計
給与/自営業	\$ _____	\$ _____
社会保障	\$ _____	\$ _____
年金、配当、利子、家賃収入	\$ _____	\$ _____
失業、労災補償	\$ _____	\$ _____
養育費（患者が受取人である場合のみ）	\$ _____	\$ _____
その他	\$ _____	\$ _____

申請日現在の純資産総額（資産－負債）： \$ _____

セクション3: 世帯の情報と収入

世帯の家族全員とその生年月日を記入して下さい。

同居する近親者全員について、以下の情報を記入して下さい。HCAPにおいて、家族とは患者、患者の配偶者、および同居する18歳未満の子供（実子または養子）全員を指します。患者が18歳未満の場合、家族には患者、患者の実父母または養父母、および患者の家に同居する18歳未満の子供（親の実子または養子）が含まれます。

家族の氏名（患者を含む） 生年月日 患者との続柄

- 患者： _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

本申請書および添付書類に記載した内容が全て真実であることを認め、以下に署名します。

責任者の署名： x _____ 日付： _____

本申請書を審査・承認したことを認め、以下に署名します。

病院 CEO の署名： x _____ 日付： _____

記入した申請書の返送先： [California Rehabilitation Hospital](#)