

## HCAPおよび資金援助申請

責任者： \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ ミドルネームのイニシャル \_\_\_\_\_

患者名： \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ ミドルネームのイニシャル \_\_\_\_\_  
(患者1人につき1回の申請が必要)

患者の生年月日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年 病院での治療期間： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年

患者の住所（治療を受けていた時点での住所）： \_\_\_\_\_ 番地名 \_\_\_\_\_ アパート番号 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 町名 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_ 群名 \_\_\_\_\_

現住所： \_\_\_\_\_ 番地名 \_\_\_\_\_ アパート番号 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 町名 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_ 群名 \_\_\_\_\_

**以下をご記入ください：** 患者が18歳以上の場合、この申請書に記入することが必須となります。世帯全員の名前を以下に記入してください。患者、患者の両親（同居の有無にかかわらず）、患者と同居する18歳未満の子供（実子または養子）を含めます。

氏名：	患者との関係	生年月日と患者の年齢（治療時）	治療開始日の直近3ヶ月間の総所得金額	治療開始日の直近12ヶ月間の総所得金額	収入源の雇用主名（大学生の場合は明記すること）
	本人/患者				

\*申請書裏面に家族の追加が可能。

- 総収入がゼロであると報告した場合、どのようなサポートを受けられていますか？
- 入院時、患者は健康保険またはメディケイドに加入していましたか？  はい  いいえ

保険会社名および/またはメディケイドプログラム名：

保険加入者ID番号またはメディケイドID番号： \_\_\_\_\_

### 書類による証明が必須となります：

- 治療開始日時点での居住証明 = 公共料金の請求書、電話またはケーブルテレビの請求書、家賃の領収書、クレジットカードの請求書、有権者登録証カードもしくは運転免許証、または州の身分証明書のコピー。
- 雇用 = 3ヶ月または12ヶ月間の収入、または現金で支払われる場合は署名済みの自己証明書。
- 自営業 = Schedule Cと署名済みの収入自己証明書を含む1040個人所得税申告書 (1 ページ目)。
- 給付金レター = 社会保障、失業、在郷軍人局、年金、障害。
- その他 = 家賃収入などその他の収入。

以下に署名することにより、私は本申請書を注意深く読み、私が記載した内容、及び添付した書類はすべて、私が知り、信じる限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。私は、財政援助を得るために故意に虚偽の情報を提出することは違法であることを理解しています。

責任者署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_