

**財産および収支申告書 / 費用補助申請書**

当様式の記入方法またはその他質問があれば、次の番号までお電話でお問い合わせください。281.312.4012 または281.312.4000 -- つながった後で5をプッシュ

お名前:	電話番号:
ご住所(番地):	ご住所(市区町村、都道府県、郵便番号):
登録番号:	サービスを受けた日:

注意: すべての質問にお答えいただく必要があります。当てはまらない質問には、該当する欄にN/Aと記載してください。  
**写真付きの本人確認書類のコピーを1部添付してください。(例:運転免許証、パスポートの写真付きのページなど)\***  
**直近の所得税申告書のコピーを1部添付してください。または以下の所得証明書のいずれかのコピーを1部添付してください。**

\* 写真付きの本人確認書類が準備できない場合は、その他の身分証明書でも結構です。ご質問があれば上記の番号にお電話ください。

<input type="checkbox"/> 直近2回分の給与明細	<input type="checkbox"/> 社会保障給付小切手または給付通知書
<input type="checkbox"/> 失業保険給付確認書	<input type="checkbox"/> 従業員の氏名、職務、時給、勤務時間が記載された雇用主発行の文書

**\*\*\* 当手続きは、証明書類の添付が無ければ適切な申請とはみなされません。\*\*\***

在住資格:	<input type="checkbox"/> テキサス州永住者	<input type="checkbox"/> 合法居住者	<input type="checkbox"/> 移民ビザ	<input type="checkbox"/> 非移民ビザ
配偶者の有無(いずれか1つ):	<input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 離別	
	<input type="checkbox"/> 寡婦	<input type="checkbox"/> その他 _____		

18歳未満の子、およびその他の生計を共にする被扶養者(記入しきれない場合はページを追加してください)					
氏名	生年月日	扶養家族の続柄(いずれか1つ)			
		実子	継子	保護者	成人または高齢者

職業の概要	
ご本人	配偶者
勤務先	勤務先
業種	業種
雇用形態(いずれか1つ) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 就労不可	雇用形態(いずれか1つ) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 就労不可

世帯の1か月の収入		世帯の1か月の支出 (連邦航空局を除く)	
ご本人	\$ _____ /月	住居: _____ 持ち家/ローン有り    _____ 賃貸	
配偶者	\$ _____ /月	住宅費	\$ _____ /月
扶養手当	\$ _____ /月	公共料金(電気、水道)	\$ _____ /月
失業保険	\$ _____ /月	自動車 # 1	\$ _____ /月
育児手当	\$ _____ /月	自動車 # 2	\$ _____ /月
遺族給付	\$ _____ /月	ガソリン	\$ _____ /月
労災補償	\$ _____ /月	保険料	\$ _____ /月
信託ファンド	\$ _____ /月	テレビ / 通信 / 電話	\$ _____ /月
その他	\$ _____ /月	食費	\$ _____ /月
<b>合計収入額</b>	<b>\$ _____ /月</b>	<b>合計支出額</b>	<b>\$ _____ /月</b>

銀行預金/その他の資産(3問すべてにお答えください): (連邦航空局を除く)

当座預金をお持ちですか。(いずれか1つに○)	はい	いいえ	現在の残高	\$ _____
普通預金をお持ちですか。(いずれか1つに○)	はい	いいえ	現在の残高	\$ _____
その他の資産をお持ちですか。(いずれか1つに○)	はい	いいえ	現在の価額	\$ _____

「はい」の場合、どのような資産をお持ちか記入してください。 \_\_\_\_\_

お名前:

- \* わたしは、ここに回答した内容が、わたしの知り得る限りにおいて真実で正確であることを証明し、そうでない場合は偽証罪によって罰せられるという条件に従います。
- \* わたしの提供した情報は、世帯の収支を反映しています。
- \* Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwoodは、ここに記載された情報に加え、クレジットレポートやその他の公開情報を、支払計画の策定、費用補助申請の開始、各種のプログラム・保険・支援における適格性の判断のすべてもしくはいずれかのために使用することができます。
- \* わたしは、Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwoodが、わたしが表明したことを確認するためにあらゆる情報源から情報を得ることに同意します。
- \* あなたの提供した情報が、費用補助の適格性を判断するのに不完全もしくは不十分である場合、またはあなたが費用補助の適格性要件を満たさない場合には、Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwoodから書面で通知されます。あなたが費用補助の要件を満たした場合にも、書面で通知されます。
- \* あなたは、患者として費用補助の申請をすれば、地方政府、州政府、または連邦政府の資金援助を受ける資格がある場合があります。そうした政府のプログラムには、当費用援助の適格性が判断される前に申請を行うことになっています。Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwoodは、そうしたプログラムへ申請する人に対して支援を行います。そうしたプログラムへの申請をしなかった場合には、当費用援助の申請の検討においてマイナス要因となる場合があります。
- \* わたしは、可能な限りにおいて、メディケイド・犯罪被害者基金・医療保険取引所の民間保険、およびその他のあらゆる地域・州・連邦の政府補償を含むあらゆる補助制度に申請したことが事実だと証明します。
- \* わたしは、費用補助を受ける資格がない場合には、治療にかかった費用を負担する責任があることを理解しています。

あなた/保証人の署名

署名日

本申請書に記入後、申告書とすべての証明書類を下記宛に郵送してください。

**Patient Business Office**  
**300 Kingwood Medical Drive**  
**Kingwood, Texas 77339**  
**Attention: Financial Assistance**

*Office Use Only*

**Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO**

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

裏面をご覧ください。



裏面をご覧ください。