



# Ascension Crittenton Hospital

## 資金援助申請書

### 患者情報（楷書で記入）

患者情報（楷書で記入）				会計番号	
患者氏名：	誕生日	婚姻状況	性別		電話番号
住所（町村名・番地）：	市	州（県名）	郵便番号		Emailアドレス
社会保障番号：	勤務先		フルタイム パートタイム		勤務時間 時間／週
勤務先住所：	市	州（県名）	郵便番号		電話番号

### 責任者の情報

責任者の情報					
氏名	誕生日	婚姻状況	性別		電話番号
住所（町村名・番地）		州（県名）	郵便番号		Emailアドレス
社会保障番号	勤務先		フルタイム パートタイム		勤務時間 時間／週
勤務先住所	市	州（県名）	郵便番号		電話番号

### 責任者の配偶者情報

配偶者の氏名	社会保障番号	誕生日
配偶者の勤務先：	住所（町村名・番地）：	市 州（県名） 郵便番号
		電話番号

### 扶養家族：

氏名	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄

月間の総収入		月間の生活費		支払	残高
申請者の勤労による収入		借入金／賃借料			
申請者の配偶者の収入		電気			
社会保障給付		ガス			
年金／退職年金収入		電話			
失業手当		水道			
労働災害補償		食料雑貨			
利息／配当収入		ケーブルテレビ			
養育費		自動車の支払			
扶養費		携帯電話			
賃貸資産収入		デイケア			
食品割引切符		養育費／扶養費			
その他		処方薬			
その他		クレジットカード：			
<b>総収入の合計：</b>	<b>\$0</b>	1.			
		2.			
		3.			
<b>資産</b>		他の医師／			
現金		病院の請求：			
普通預金口座					
当座預金口座					
C.D.（譲渡性預金）					
証券					
生命保険					
その他の不動産					
その他					
		<b>保険経費：</b>			
<b>乗り物／型式とモデル：</b>	<b>年式</b>	1.自動車			
		2.土地・建物			
		3.医療／生命			
		<b>その他のローンの支払：</b>			
		1.			
		2.			
<b>金融決済：</b>		<b>月間のその他の支払：</b>			
生命保険		cobra（連結国家予算削減一括法の健康保険）			
相続財産		生命保険			
その他		3.			
<b>総資産価値：</b>	<b>\$0</b>	<b>月間の総経費：</b>		<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

コメント：

私は、上の情報が事実であり、私の知る限りのすべてを記入したことをここに証明します。私はこの病院が必要と認める場合は、この病院が外部の信用調査機関から情報を入手することを許可します。

日付 (Date)

患者、配偶者、保証人または法定代理人の署名