

# 資金援助申請書



## Ascension

### 患者情報

(印刷してください。すべてのフィールドに入力する必要があります。アプリケーションの個々の行に該当しない場合は、N/Aを指定してください)

日付 \_\_\_\_\_ アカウント番号 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_  
名前 (姓名) \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 婚姻状況 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
郵送先住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
社会保障番号 (任意) \_\_\_\_\_  
雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用状況 \_\_\_\_\_  
1週間あたりの労働時間 \_\_\_\_\_ 雇用主の電話番号 \_\_\_\_\_

### 責任者の情報/法定後見人の情報

(上記の患者が責任者と同じである場合は、この欄は空白のままにします。)

名前 (姓名) \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 婚姻状況 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
郵送先住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
社会保障番号 (任意) \_\_\_\_\_  
雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用状況 \_\_\_\_\_  
1週間あたりの労働時間 \_\_\_\_\_ 雇用主の電話番号 \_\_\_\_\_

### 責任者の配偶者情報

(患者が責任者と同じである場合は、患者の配偶者情報を記入してください。)

名前 (姓名) \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 婚姻状況 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
郵送先住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
社会保障番号 (任意) \_\_\_\_\_  
雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用状況 \_\_\_\_\_  
1週間あたりの労働時間 \_\_\_\_\_ 雇用主の電話番号 \_\_\_\_\_

### 責任者の扶養家族

(患者が責任者と同じである場合は、患者の配偶者情報を記入してください。)

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_  
名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_  
名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 関係 責任者との関係 \_\_\_\_\_  
名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_

同一世帯に住む大人と子供の数 \_\_\_\_\_

## 月収

(下記の各項目の金額を記入してください。それぞれに月額を入力してください。)

申請者の稼得所得 _____	受領した児童手当 _____
応募者の配偶者の所得 _____	受領した扶養手当 _____
社会保障給付 _____	賃貸不動産収入 _____
年金/退職所得 _____	食品配給券 _____
障害所得 _____	受領した信託基金配分 _____
失業補償 _____	その他の収入 _____
労働者 _____	その他の収入 _____
災害利息/配当収入 _____	<b>総月額収入\$</b> _____

## 月間生活費

住宅ローン/家賃 _____	養育費/慰謝料 _____
光熱費 _____	ク レ ジ ッ ト カ ー _____
電話 (固定電話) _____	ド医師/病院の請求書 _____
携帯電話 _____	自動車/自動車保険 _____
食料品/食品 _____	住宅/損害保険 _____
ケーブル/インターネット/衛星テレビ _____	医療/健康保険 _____
車の支払い _____	生命保険 _____
育児 _____	その他の月額費用 _____
	<b>月額費用合計\$</b> _____

## 資産

現金/普通預金/当座預金 \_\_\_\_\_  
株式/債券/投資/定期預金 \_\_\_\_\_  
その他の不動産/別宅 \_\_\_\_\_  
ボート/RV/オートバイ/レクリエーションalビークル \_\_\_\_\_  
コレクター自動車/非必須自動車 \_\_\_\_\_  
その他の資産 \_\_\_\_\_

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、病院が必要と認めた場合、外部の信用調査機関から情報を入手することを病院に許可します。

申請者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

所見 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ascension

## 支持を表明する手紙

患者のカルテ番号/アカウント番号 \_\_\_\_\_

支持者の氏名 \_\_\_\_\_

患者/申請者との関係 \_\_\_\_\_

支持者の住所 \_\_\_\_\_

Ascension御中：

この手紙は、（患者名） \_\_\_\_\_ が収入をほとんど  
またはまったく得ておらず、私が彼/彼女の生活費を援助していることを通知するためのもので  
す。彼/彼女は私に、ほとんど債務を負っていません。

この声明に署名することにより、提示した情報が私の知る限りにおいて真実であることに同意します。

支持者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_



# Ascension

## 必要な書類および証明書

申請書とともに、収入の証明として、次の項目の少なくとも1つのコピーを提出してください。結婚している場合、または6か月以上他人と一緒に住んでいる場合は、申請を処理する前に、その人の収入の証拠として次の項目の少なくとも1つのコピーを提出する必要があります。

- 雇用主が発行した給与明細書（直近3通）のコピー
- 直近の年次納税申告書のコピー（自営業の場合は、すべての一覧表を含む）
- 社会保障および/または退職年金決定通知書
- 親または保護者の直近の年次納税申告書（申請者が納税フォームに記載されている25歳未満の扶養家族の場合）
- その他の収入証明書類
- 過去3か月の銀行取引明細書のコピー
- 失業手当の受領書のコピー

家族や友人が住む世帯から援助を受けたり、同居している場合は、「支持を表明する手紙」というラベルの付いた添付フォームに記入してください。このことによって、家族や友人にあなたの医療費の支払責任が及ぶことはありません。これは、生活費の支払状況を示すのに役立ちます。家族や友人からの援助がない場合は、支持を表明する手紙フォームに記入する必要はありません。

最後に、未払い月次医療費、薬局/薬剤費を証明する書類も提出してください。申請書を審査するためには、完成した申請書と収入の証明が必要です。完成していない申請を処理または検討することはできません。

インターネット経由の電子メールによる通信は、危険が伴うことに注意してください。可能性は低いのですが、電子メールに含まれている情報が、宛先の人物以外の第三者に傍受されて読み取られる可能性があります。

私たちはあなたの個人情報を守り、その安全性の維持を確保したいと考えています。申請書にはあなたの社会保障番号やその他の個人情報が含まれているため、電子メールでの送信は控えてください。

完成した申請書を印刷して郵送するか、手渡しで次のアドレスに送付してください。

**Ascension St. John Hospital**  
**Attn: Financial Counseling/FAP**  
**22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236**

1-866-501-3627、オプション 3