

財政支援申請書

セクション1：患者様の情報

氏名・医療サービスを受けた時点で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ご記入ください。

口座番号 _____ サービスを受けた日 _____

患者様氏名： _____

姓

名

ミドルネームイニシャル

住所： _____ 市： ____ / ____ / ____ 郡： _____

番地・ストリート

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

連絡先電話番号： (_____) _____ 自宅 携帯番号 会社 その他 _____

メールアドレス： _____

サービス開始時点での健康保険状況： 未加入 Medicare Medicaid その他 _____

セクション2：世帯所得および資産

ご本人・配偶者様・その他の家族全員（該当する場合）の収入をご記入ください。

収入源	サービス開始3ヶ月前までの合計	サービス開始12ヶ月前までの合計
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（患者様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：世帯情報・収入

世帯構成員全員の情報および生年月日をご記入ください。

同居する近親者全員について、以下の情報をご記入ください。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歳未満のお子様（実子または養子）全員を指します。患者様が18歳未満の場合、その家族には患者様・患者の実父母もしくは養父母および患者の家に同居する18歳未満のお子様（親の実子または養子）が含まれます。

（患者を含む）ご家族の氏名

生年月日

患者様との続柄

1. 患者様： _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

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： _____

記入した申請書の返送先： [Select Specialty Hospital - San Diego](#)

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011

(888) 868-1103

改訂日：2021年5月1日

メールアドレス： IPCS@selectmedical.com

Fax: (717) 980-2509