



0332E

## 資金支援申請指示書

1. 添付の申請書の**すべての部分**にご記入ください。当てはまらない項目がある場合は、その欄に「該当なし」とご記入ください。
2. 質問の回答によりスペースが必要な場合は、ページを追加してください。
3. 本申請書を提出する際には、収入証明書類をご提供ください。次の書類が収入証明として受け付けられます。

### 連邦納税申告を行った場合は、次の複写を提出してください。

- a. 直近の連邦納税申告書（フォーム 1040）。内国歳入局へ提出したものと同スケジュールと添付書類を含めてください。

### 連邦納税申告を行っていない場合は、次を提出してください。

- a. 直近の支払い明細二（2）通。
- b. 連邦納税申告を行わなかった理由を説明する手紙。

### 収入がない、もしくは収入証明がない場合は、ご自身／ご家族をどのように支えているのか説明する手紙をご提供ください。

4. 支援の申請は、必要な情報がすべて提供されなければ進められません。
5. **十四（14）日以内**に、すべての必要な添付書類とともに、資金支援申請書を記入して提出することが重要です。
6. 資金支援申請書に署名し、日付を記入してください。患者／責任者と配偶者が情報を提供する場合は、両者とも申請書に署名してください。
7. ご質問がございましたら、Patient Business Office へお電話ください。(909) 651-4177。受付期間は月曜から木曜が 9:00 a.m. から 5:00 p.m. まで、金曜が 9:00 a.m. から 2:00 p.m. までで、週末と祝日は営業していません。週末と祝日、受付時間後にアシスタントが必要な場合は、登録担当へご連絡ください。
8. ご記入済みの資金支援申請書と必要書類は次へお送りください。

Loma Linda University Behavioral Medicine Center  
Patient Business Office  
P.O. Box 700  
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

資金支援申請  
指示書

ページ 1 / 3

患者身分証

# 資金支援申請指示書

本申請書の目的は、患者／責任者の資金支援の適格性を、Loma Linda University Behavioral Medicine Center 慈善医療と割引医療方針に従って判定することです。

患者／責任者  
(保証人)名 \_\_\_\_\_

配偶者  
名 \_\_\_\_\_

住所  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号  
自宅： \_\_\_\_\_  
職場： \_\_\_\_\_

社会保険番号  
患者／責任者 \_\_\_\_\_

配偶者 \_\_\_\_\_

家族構成 (あなたが支援するすべての人のリスト)

名前	年齢	関係

## 雇用状況

患者／責任者

雇用主

患者／責任者 \_\_\_\_\_

職位 \_\_\_\_\_

従業員 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

雇用主連絡先 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

配偶者の雇用主

配偶者の職位 \_\_\_\_\_

従業員 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

雇用主連絡先 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

資金支援申請  
指示書

ページ 2 / 3

患者身分証

収入

	患者／責任者	配偶者
1. 総賃金および年収（控除前）	\$ _____	\$ _____
2. 自営年収	\$ _____	\$ _____
3. その他収入：		
a. 利子および配当	\$ _____	\$ _____
b. 不動産賃貸及びリース	\$ _____	\$ _____
c. 社会保険	\$ _____	\$ _____
d. 扶養料	\$ _____	\$ _____
e. 児童手当	\$ _____	\$ _____
f. 無職／障害あり	\$ _____	\$ _____
g. 公的支援	\$ _____	\$ _____
h. その他の資金（リスト添付）	\$ _____	\$ _____
総収入（上記 1 - 3h 行追加）	\$ _____	\$ _____

予定外出費

医療請求、破産、裁判所決定または示談支払い等、通常とは異なる出費情報をご提供ください（必要に応じてリストを添付してください）。

説明	合計

下記に署名することで、私／我々は、ここに記載するすべての情報が真実で、知りうる限り正確であることを宣言します。私／我々は、LLUBMC が本申請書に記載の情報を確認することを許可します。私／我々は、私／我々の雇用主に連絡することを許可します。

患者／責任者の署名	患者との関係	日付
配偶者の署名	日付	



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

資金支援申請  
指示書

ページ 3 / 3

患者身分証