



# 経済的支援申請書

Financial Assistance Application (Japanese)

Form content not retained in medical record.

**For local storage only.**

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

サービスが提供される場所 Service Location
----------------------------------

## 指示: 申請書を記入し、以下の写しを添付してください。

**Instructions:** Complete application and attach copies of:

- 当年または前年の確定申告書 (ない場合はW-2)  
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- 失業明細書 (該当する場合)  
Unemployment statements (if applicable)
- 給与明細 (直近の月)  
Pay stubs (most recent month)
- 社会保障、年金、退職給付 (該当する場合)  
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- 銀行明細書 (すべての口座の直近の月)  
Bank statements (most recent month for all accounts)

上記の写しが用意できない場合は、別途のページで現在の財務状況を説明してください。

If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

ウィスコンシン州モンドヴィのOakridgeまたはミネソタ州のBehavioral Health-Albert Leaでのみ診察された患者は、申請書に記入し、次の**いずれか**の写しを添付する必要があります。

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health are only required to complete the application and attach copies of **one** of the following:

- 前年のW-2 (W-2が提出されていない場合はフォーム4506-T)  
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- 直近2回分の給与明細  
Two most recent pay stubs
- 雇用主からの収入証明書  
Income verification from employer

## 本申請書を記入する患者または担当者

### Patient or Responsible Party Completing This Application

患者名 (下の名前、ミドルネーム、苗字の順) Patient Name (First Middle Last)		生年月日 (月、日、年) Birth Date (mm-dd-yyyy)		
住所 Address	都市 City	州 State	郵便番号 ZIP Code	
申請書に記入する担当者 (患者でない場合) (下の名前、ミドルネーム、苗字の順) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		患者との関係 (患者でない場合) Relationship to the Patient (if not the Patient)		
世帯年収 (所得税申告時に報告した額) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		世帯人数 (患者、配偶者、扶養家族など、所得税申告時に報告した人数) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)		
電話番号 Phone	医療保険の名称および保険番号 Medical Insurance Name and Policy Number			
雇用状況 Employment Status	<input type="checkbox"/> フルタイム Full time  <input type="checkbox"/> 無職 Unemployed	<input type="checkbox"/> パートタイム Part time  <input type="checkbox"/> 学生 Student	<input type="checkbox"/> 自営業 Self employed  <input type="checkbox"/> 定年退職 Retired	雇用主名 Employer Name

# 経済的支援申請書 (続き)

Financial Assistance Application (Japanese) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

雇用期間 Employment Length	退職時期/期間 (月、日、年) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	別の確定申告書に記載されていますか? Are you claimed on another tax return? <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合は、確定申告書を提出してください。) No (If "Yes," provide tax return.)
---------------------------	--	---

## 扶養家族 (扶養家族が6人以上の場合は、別のページを使用してください)

**Dependents** (If more than 6 dependents, use separate page)

氏名 (下の名前、ミドルネーム、苗字の順) Full Name (First Middle Last)	続柄 Relationship	生年月日 (月、日、年) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ウィスコンシン州モンドヴィのOakridgeまたはミネソタ州のBehavioral Health-Albert Leaでのみ診察された患者は、以下の配偶者欄を記入する必要はありません。

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

## 配偶者 (経済的支援の対象となるすべての患者アカウントを特定するために使用されます)

**Spouse** (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

婚姻状況 Marital Status		
名前 (下の名前、ミドルネーム、苗字の順) Name (First Middle Last)		生年月日 (月、日、年) Birth Date (mm-dd-yyyy)
雇用状況 Employment Status	<input type="checkbox"/> フルタイム Full time <input type="checkbox"/> パートタイム Part time <input type="checkbox"/> 無職 Unemployed <input type="checkbox"/> 学生 Student	<input type="checkbox"/> 自営業 Self employed <input type="checkbox"/> 定年退職 Retired
雇用期間 Employment Length	雇用主名 Employer Name	
	退職時期/期間 (月、日、年) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	

# 経済的支援申請書 (続き)

Financial Assistance Application (Japanese) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

## 認証証明

### Certification Signatures

私は、私の知る限り、記載されているすべての情報が真実かつ正確であることを保証します。私は、Mayo Clinicまたは関連団体が提供するサービスに対する私の支払い能力を確認するためにこの情報が使用されることを理解しており、Mayo Clinicおよびすべての関連クリニック、病院、および団体が、私が要求した経済的支援を検討するために必要に応じて情報を共有することを許可します。私は、Mayo Clinic、Mayo Clinicのすべての関連クリニック、および代表者または代理人に、ここに含まれる情報を調査する許可を与えます。

I certify that all information listed is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to ascertain my ability to pay for services provided by Mayo Clinic or an affiliated entity and I give permission to Mayo Clinic and all affiliated clinics, hospitals and entities to share the information as necessary to consider my financial assistance request. I hereby grant permission to Mayo Clinic, all Mayo Clinic affiliates and representatives or agents to investigate the information contained herein.

患者または担当者の署名 Patient or Responsible Party Signature ▶	日付 (月、日、年) Date (mm-dd-yyyy)
担当者の名前 (下の名前、ミドルネーム、苗字の順で、楷書で記入してください) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	