**物品等の支援による収入源の確認**

記入日： **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agency Name

**宛先：**

**物品等の支給者への注記：** *あなたの名前は以下に記載する内容について、この患者の支援元として提供されています。本書にご記入の上、本書末尾に記載されたクリニックの事務局へ返送してください。*

|  |
| --- |
| **パートI：物品等による収入の確認** |

私は現在、次の人物に対して物品等による支援を提供しています。 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*（患者名）*

**セクションA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住宅 | 水道光熱 | 食べ物 | 衣服 | 現金 |

これはサービスまたは労働の対価です： はい  いいえ

私／私たちはこれらの物品等を \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_から提供しています（時期を記入してください）。

私／私たちはこれらの物品等を \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_まで提供する予定です（時期を記入してください）。

**セクションB**

私／私たちは物品等を共有することで家計費を提供しています： はい  いいえ

はいの場合、共有における取り決めについて説明してください： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

以下の住所における家計項目の合計金額：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住宅 | 水道光熱 | 食べ物 | 衣服 | 現金 |
| **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

上記の住所で家計を共にしている人数は \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人です

**セクションC**

物品等の提供者とこの患者との関係は \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_です

|  |
| --- |
| **パートII：支払った家賃の確認** |

家賃が支払われています：  はい  いいえ　はいの場合、その金額を教えてください。 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_につき　$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

物品の提供者の署名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日付：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 市： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話番号（\_\_\_\_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**このフォームに記入のうえ、上記の日付から10営業日以内に以下まで返信してください：**

宛先：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ クリニック名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 市： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電話：（\_\_\_\_\_\_\_\_）\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax：（\_\_\_\_\_\_\_\_）\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_