

フードスタンプ

特別医療控除のための追加申請書

手順 - この申請書は、高齢者または障害者のいるフードスタンプ受給家庭の特別医療控除のためのものです。「高齢者または障害者」の定義については、裏面をご覧ください。社会保障管理局 (Social Security Administration: SSA)、退役軍人管理局 (Veterans Administration: VA) などから扶養家族給付を受けている配偶者や子供は含めないでください。

FOR COUNTY USE ONLY

CASE NAME

①	氏名	生年月日	受給している給付の種類 (SSA, VA, 鉄道など)	医療上の問題や介護が必要な状況
		/ /		
		/ /		
		/ /		

② **医療支出**
上記に記載した者のみの情報を下記に記入してください。承認期間中に予想される支出は、すべて列挙してください。予想は、現在の医療支出に基づいてください。上記家庭構成員の支出に対する請求書や証明となるものを添付してください。

医療支出項目	サービスを受けている家庭構成員	総医療支出	総月間支出	家族以外が支払を負担している支出がありますか? (MEDI-CAL や保険等)
a. 認定従事者による医療介護や歯科介護				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
b. 入院、外来治療、看護、介護				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
c. 処方薬				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
d. 健康保険および入院保険の保険料				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
e. Medicare 保険料: Medi-Cal 自己負担金				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
f. 義歯、補聴器、義肢、処方された医療品や機器				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
g. サービスドッグ (盲導犬や聴導犬) の支出で食費および獣医料金を含む				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
h. 眼鏡およびコンタクトレンズで医師または検眼士が処方したもの				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
i. 医療措置やサービスを受けるための交通費や宿泊費				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
j. 年齢、病気、衰弱により必要な介護人の費用				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
k. 介護人に提供する食事の回数と費用				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
l. その他 (具体的に)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

罰則に関する警告

あなた自身あるいは家庭構成員が誤った情報を故意に提供すると、罰金刑、禁固刑いずれかまたは両方の罰則を受ける場合があります。罰則は、福祉プログラムの受給資格の喪失、\$250,000 以下の罰金、20 年以下の懲役となる場合があります。欠格の罰則は、最初の違反で 12 ヶ月、2 回目の違反で 24 ヶ月、3 回目の違反で永久の資格喪失になります。

私は、この申請書の質問を理解していることを宣言いたします。私は、(1) 私が提出する情報が、地域、州、連邦政府のスタッフによりチェックされることを了承いたします。(2) さらに、フードスタンプ受給家庭、フードスタンプ受給家庭の成人構成員 (同居しなくなった場合を含む)、非米国民の家庭構成員のスポンサー、受給資格のある施設に居住する者の正式代理人は、受給すべきでないのに受給してしまった給付を返還することが求められることを了承いたします。(3) また、支出の証明となるものを郡に提出するか、あるいは私自身が証明を取得できない場合郡が連絡できる者あるいは組織機関の名前を提供しなければならないことを了承いたします。

私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律の下、偽りの場合は偽証罪に問われることを了解の上、この申請書に含まれている情報は、真実であり、正しく、完全であることをここに宣言するものです。

署名 (成人の家庭構成員または指定された代理人)	日付		
X で署名する場合の証人	日付	SIGNATURE OF INTERVIEWING WORKER (面接担当署名)	日付

この申請書は、高齢者または障害者のいるフードスタンプ受給家庭の特別医療控除のためのものです。

「高齢者」とは、60才以上の者を意味します。

「障害者」とは、次のいずれかの者を意味します。

- (1) Social Security Administration (SSA) (Supplemental Security Income/State Supplementary Program (SSI/SSP) を除く) や Veterans Administration (VA) から障害者給付を受けている者、
- (2) 連邦／州／地方自治体機関、鉄道年金から障害者給付を受けている者、
- (3) 障害のため Medi-Cal サービスを受けている者、
- (4) Social Security Administration によって**認定された**障害のために SSI/SSP を受給申請中で、暫定補助／緊急一般救済金を受けている者