



財政評価書

基本情報

アカウント番号 _____ 施設を選択してください

- Clovis Community Medical Center (CCMC)
- Community Regional Medical Center (CRMC)
- Fresno Heart & Surgical Center (FHSB)

患者名 _____ 保証人名 _____

配偶者名 _____

住所 _____ 毎月の支払い額 _____

_____ 賃貸

_____ 持ち家

保証人

生年月日 _____ 運転免許証番号 _____ 社会保障番号 _____ - _____ - _____

雇用主 _____ 部署/職位 _____

総給与所得（税込） _____ 児童手当 _____ 社会保障給付金 _____

年金 _____ 生活保護費 _____ 失業手当 _____

障害者給付金 _____ 扶養手当 _____ 利子/配当金 _____

家賃収入 _____ その他 _____

配偶者

生年月日 _____ 運転免許証番号 _____ 社会保障番号 ____ - ____ - ____

雇用主 _____ 部署/職位 _____

総給与所得（税込） _____ 児童手当 _____ 社会保障給付金 _____

年金 _____ 生活保護費 _____ 失業手当 _____

障害者給付金 _____ 扶養手当 _____ 利子/配当金 _____

家賃収入 _____ その他 _____

取引銀行 _____ 支店名、都市名 _____

当座預金

普通預金

IRS に申告した総給与所得 _____

同居する 18 歳未満の扶養家族人数 _____

経済的に援助している 18 歳以上の人がいますか？ いいえ はい（具体的に記載してください）

私は、本用紙の記載内容がすべて正しく事実と相違ないことを保証します。またコミュニティ・メディカル・センターが上記について確認する権利を有することを了解します。

保証人署名 _____ 日付 _____