CALFRESH特別医療控除のための追加申請書

ケース名： _____ ケース番号： _____

この申請書は高齢者または障害者のいるCalFresh受給世帯ため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。

あなた、またはあなたが食事を買い与えている誰かに薬を自費で購入している高齢者（60才以上）または障害者は いますか？

☐ はい ☐ いいえ

はいと **答えた方**、 以下の支出項目に当てはまる医療費の種類すべてのボックスをチェックしてください（ここにあげられていないものもあるかもしれません）。承認期間中に発生予定の支出項目。以下のセクションをすべて記入して請求書、レシート、または支出の証明を添付してください。

注意: 社会保障管理局 (SSA)、退役軍人管理局 (VA) などから扶養家族給付を受けている配偶者または子どもを含めないでください。
正当な医療費とは以下のものです：

- ☐ 医療または歯科医療
- ☐ 医療の代替となる処方
- ☐ 歯科、補聴器、および器具
- ☐ 医師または検眼士が処方した眼鏡 コンタクトレンズ
- ☐ 年令、病気、衰弱により必要な介護人の費用
- ☐ 入院または外来治療/看護
- ☐ 健康保険および入院保険の保険料
- ☐ 医師の処方による医療器具および機器
- ☐ 治療やサービスを受けるための交通費(マイルまたは料金)
- ☐ 介護人へ支払った食事の回数と費用
- ☐ 処方箋による薬剤
- ☐ メディケアプレミアム (Medi-Cal 費用など)
- ☐ 介助犬 (盲導犬や聴導犬) 費用 (餌や獣医代など)
- ☐ 治療や医療サービスを受けるための宿泊費
- ☐ その他 (具体的に)

高齢者または障害者の名前	**費用の種類は何ですか？** (処方箋、歯科医療、介護人への食事、など)	**費用の合計は？**	**支払う頻度は？** (毎月、毎週、その他)	**世帯の医療費は払い戻されますか？** (Medi-Cal、保険、などで)
		$		そうであれば誰によって： いくら $
		$		そうであれば誰によって： いくら $
		$		そうであれば誰によって： いくら $
		$		そうであれば誰によって： いくら $
		$		そうであれば誰によって： いくら $

この申請書は高齢者または障害者のいるCalFresh受給世帯ための特別医療控除のためのものです。

「高齢者」とは60歳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) (Supplementary Security Income/State Supplementary Program (SSI/SSP) 以外) や Veterans Administration (VA) から障害者給付を受けている者

2) 連邦、週、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/** 緊急一般救援金を受けている者

   証明の例：

   - 医療費の請求書または領収書
   - 治療を受けるための交通費の請求書または領収書
   - 健康保険または歯科医療保険の証券
   - メディケアカード ((*Medi-Cal についてのみ*)
   - Doctor statement or disability finding by an agency (SSA/SDI/VA, etc.)
   - Medical verification form (CW61)