

補償を申請する際は、その都度この補償申請書に記入し、申請する補償の種類に応じて該当する書類を添付してください。

生体ドナーのファーストネーム	ラストネーム (姓)	生年月日

移植センター： _____

申請者番号 (資格承認時に付与されます)： _____

この補償申請は、生体臓器提供プロセスのどのフェーズに関するものですか？ (該当する場合、複数のフェーズを選択してください)

評価／術前検査

手術／回復

摘出手術日： _____

経過観察

診察日 (月/日/年)： _____

このフェーズで補償を申請する際は、評価の結果を明記してください。(判明している場合)：

移植センターにより摘出手術が承認されました。

移植センターにより摘出手術が承認されませんでした。

その他 (詳細を記入してください)： _____

あなたの支出について教えてください。完全な審査を行うためには、この申請書に加えて詳細な領収書および移植センターからの予約確認書が必要となります。

この請求ではどの払い戻しを希望していますか？ (該当するものすべてにチェックを入れてください)

扶養家族の介護費用

逸失賃金または時間的損失の費用

未払い医療費、医薬品費

自身の旅費・宿泊費の払い戻し

介助者の費用

現時点で請求する費用に該当しない補償項目については、記入しないでください。

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

保育費

生体ドナー支援プログラム（Living Donor Support Program）は、生体ドナーが通常は自身で行っている子どものケアを、臓器提供プロセスによって自身で行うことができなくなった場合に、子どものケアを他者に依頼することで発生した保育費用を補償します。生体ドナー支援プログラムでは、生体臓器提供プロセス開始以前から利用していた第三者による保育費用は払い戻しの対象となりません。障がいのある子ども、成人の扶養家族、高齢者の介護は金額と補償額が異なるため、これら専用の申請書があります。適切な申請書を選択していることを確認してください。

ニューヨーク州生体ドナー支援プログラム児童保育費払い戻し申請書

保育ケアを受ける子どもの氏名	生年月日
扶養家族の介護提供者の氏名	ケア提供者と子どもとの関係

生体ドナー支援プログラムでは、保育費用の補償上限額を定めています。お子さまが複数いる場合、補償額は「2歳未満児（Under 2 category）」の料金と同じカテゴリーになります。

保育サービスが提供された日付（月/日/年）と時間数を記入してください。

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

以下の宣誓文を読んだあと、指定された欄に署名と日付を記入してください。

私は、養育を私に依存する子どもが1人以上いることを証明します。生体ドナーによる臓器提供のプロセスを通して、通常は発生しない育児費用を負担しなければなりません。私は、生体ドナー支援プログラムが、生体臓器提供のプロセスによって私に生じる負担のために、扶養家族が他者から受ける必要が生じた追加的な介護費用のみを負担するものであり、例えば、私が通常勤務中にすでに受けている介護費用などは対象とならないことを理解しています。

生体ドナーの署名： _____ 日付： _____

私は、この申請書に記載された情報が正確であり、記録された日付と時間帯において、私が自ら保育を行ったことを証明します。

ケア提供者の署名： _____ 日付： _____

証明

私はここに、上記の内容が公正かつ真実であり、正確であることを証明します。また請求された金額は、生体ドナーによる臓器提供の過程において必要なものであり、実際に発生した費用であることを証明します。

署名：

日付：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

扶養家族のケア（障がいのある子ども、扶養を必要とする成人、高齢者の介護）

生体ドナー支援プログラムは、通常は生体ドナーが行うべきであったものの、生体ドナーの摘出手術のためにドナー自身が行うことができなくなった扶養家族の介護のための費用を補償できる場合があります。ただし、すでに発生している介護費用は対象外です。保育に関する費用は料金や補償額が異なるため、専用の申請書があります。適切な申請書を選択していることを確認してください。

ニューヨーク州生体ドナー支援プログラム**障がいのある子ども、成人の扶養家族、高齢者介護費用の払い戻し申請書**

保育ケアを受ける子どもの氏名	生年月日
扶養家族の介護提供者の氏名	ケア提供者と子どもとの関係

生体ドナー支援プログラムでは、障がいのある子ども、成人の扶養家族、高齢者の介護に対し、補償上限額を定めています。

成人である扶養家族や高齢者の介護サービスが提供された日付（mm/dd/yyyy）と時間数を記入してください。

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：

障がいのあるお子さままたは扶養している成人の方の介護費用の払い戻しを申請される場合は、適切な資格を有する医療専門家による診断名が記載された診断書などの書類を添付してください。

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

以下の宣誓文を読んだあと、指定された欄に署名と日付を記入してください。

私は、介護を私に依存する成人の家族が1人以上いることを証明します。生体ドナーによる臓器提供のプロセスを通して、通常は発生しない介護費用を負担しなければなりません。私は、生体ドナー支援プログラムが、私が通常勤務中に家族がすでに受けている介護費用などは対象とならないことを理解しています。

生体ドナーの署名： _____ 日付： _____

私は、この申請書に記載された情報が正確であり、記録された日付と時間帯において、私が成人の扶養家族または高齢者の介護を行ったことを証明します。

ケア提供者の署名： _____ 日付： _____

証明

私はここに、上記の内容が公正かつ真実であり、正確であることを証明します。また請求された金額は、生体ドナーによる臓器提供の過程において必要なものであり、実際に発生した費用であることを証明します。

署名：

日付：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

生体ドナーの旅費（宿泊費、交通費、食費）

旅費の妥当な補償額の設定にあたり、米国一般調達局（U. S. General Services Administration, GSA）の規定料金が適用されます。払い戻しは、臓器提供が行われる地域および年度に応じたGSA規定の料金に基づいて行われます。GSA規定料金は、本プログラムが払い戻しできる上限額であり、領収書に記載された費用がGSA規定料金を下回る場合はその金額が払い戻されます。宿泊費、食費、交通費については、それぞれ専用の項目が設けられています。現在のGSA規定料金は以下で確認できます。gsa.gov/travel旅費の補償を希望する旅行区間を記入してください。各項目には、添付が必要な領収書に関する説明が記載されています。

宿泊

下記に、宿泊費の払い戻しを希望する生体ドナー移植プロセスのそれぞれの日付とフェーズを記入してください。宿泊費に関するすべての領収書を添付してください。

***注意事項：** 宿泊費の払い戻しを受けるために、生体ドナーは、当プログラムによって定められた基準に基づき、移植センターから片道75マイル以上離れた場所に居住する必要があります。

ホテル	評価	手術と回復	経過観察
	～	～	～
	～	～	～
	～	～	～

食事

下記に、食事代の払い戻しを希望する生体ドナー移植プロセスのそれぞれの日付とフェーズを記入してください。当プログラムの方針に基づき、食事代は生体ドナーに宿泊が必要な場合にのみ払い戻しの対象となります。食事の領収書は不要です。

食事	評価	手術と回復	経過観察
	～	～	～
	～	～	～
	～	～	～

交通費

このセクションを記入する際は、「出発地」と「到着地」の欄に、場所の説明と住所の両方を記載してください。場所の説明としては、ホテル、自宅、移植センターなどが考えられます。各移動ごとに記入してください（往復の旅程の場合は片道ずつ記入してください）。下記の例をご覧ください。航空券、領収書、その他の旅行証明書があれば添付してください。

日付	交通手段	マイル数	出発地	到着地
☞ 01/01/2025	自家用車	150	自宅 75 Something St Anywhere, NY 12345	移植センター Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

介助者の旅費

ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、移植センターへの1回の移動につき、介助者1名の費用を負担します。介助者には、生体臓器提供プロセスの全フェーズを通して、最大20日間まで、1日あたり100ドルの定額料金が補償されます。

介助者に関する情報

介助者のファーストネーム	ラストネーム (姓)	ドナーとの関係

介助者があなたに同行した日数と、介助を提供した日付を記入してください。

介助日数： _____ 日付： _____ ~ _____

以下の宣誓文を読んだあと、指定された欄に署名と日付を記入してください。

私は、指定の介助者が、記載された期間中移植センターまで私に同行したことを証明します。

生体ドナーの署名：

日付：

私は、生体ドナーと共に移植センターまで同行し、記載された期間中個人的な費用を負担したことを証明します。

介助者の署名：

日付：

証明

私はここに、上記の内容が公正かつ真実であり、正確であることを証明します。また請求された金額は、生体ドナーによる臓器提供の過程において必要なものであり、実際に発生した費用であることを証明します。

署名：

日付：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

賃金の補償

賃金の補償申請には、必要な給与明細書、W-2/1099フォーム、また雇用主による証明書をすでに提出している必要があります。生体ドナー支援プログラムに申請する前に、利用可能な第三者機関による給付制度をすべて利用することが義務付けられています。例えば、短期障害給付金制度や、通常の有給休暇とは別に休暇を取得できる雇用主の制度などが挙げられます。

生体ドナー支援プログラムでは、最大4週間分の休業を補償します。ただし、ドナーが肉体的に負担の大きい仕事をしているなど、医療提供者によって特別な事情があると判断された場合は、この限りではありません。特別な事情が証明された場合、このプログラムは生体ドナーの休業補償を最大8週間分まで支給します。4週間以上休業する必要がある場合、特別な事情を示す医療機関発行の書類を添付してください。当プログラムの規定により、休業補償の対象となるのは、評価フェーズでは2日間、経過観察フェーズでは診察1回につき1日分のみとなっています。

**ニューヨーク州生体ドナー支援プログラム
賃金の補償申請書**

休業補償の利用が可能な第三者機関についてご記入ください。これには、雇用主からの福利厚生、受給者側の保険、その他次のような給付があります。 _____

これらの機関に給付を申請しましたか？ _____

これらの機関から給付を受け取りましたか？ _____

もし受け取った場合、何について、また受け取った給付の金額を記入してください。

*第三者支払機関を利用した場合、この払い戻し請求書に必要な書類を添付してください。必要書類には、支払い機関の名称を明記し、給付が行われたことを証明する書類を含めてください。提出された書類が不明瞭な場合、プログラム側から追加書類の提出を求めることがあり、その場合、生体ドナー支援プログラムによる払い戻しまでの待機期間が延長する可能性があります。

休業期間

1.どれくらいの期間、休業していますか？ _____

2.どれくらいの期間、休業が続く見込みですか？ _____

3.あなたの職務が、特別措置の定義に基づいて最大8週間分の賃金補償の対象となることを証明する書類はありますか？ _____

補償を希望するすべての日付(mm/dd/yyyy)と勤務時間を下記に記入してください。

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：
日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：	日付： 時間数：

本請求の合計時間： _____

OFFICE USE ONLY**Application #:****Applicant #:****証明**

私はここに、上記の内容が公正かつ真実であり、正確であることを証明します。また請求された金額は、生体ドナーによる臓器提供の過程において必要なものであり、実際に発生した費用であることを証明します。

署名：**日付：****FOR AGENCY USE ONLY****Expense Report Number:****Travel Authorization Code:****Entered by:****Date:**

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

医療費

この欄への記入と併せて、健康保険または第三者支払機関によって補償されない医療費の領収書／不承認の通知書を添付してください。

臓器提供に直接関連する医療費	請求金額
臓器提供に関連する未払い／未償還の処方薬（処方された市販薬を含む）	
その他の未払い／未償還の医療費（未払い／未償還の医療費の詳細を下記に記入してください）	
請求する薬剤費および医療費の合計：	

証明

私はここに、上記の明細書および添付の別表が正確かつ真実であり、特に明記されている場合を除き、そのいずれの部分も支払われておらず、記載されている残高は実際に支払われるべき金額であり、請求された金額は私の公務遂行において必要かつ発生したものであることを証明します。

署名：

日付：

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: