

# 医療証明申請書

## Medical Certification Form

医師および保健所職員の皆様へ：本申請書は、ライフラインの停止を保留することができる患者の症状を確認するために、ミシガン州公共サービス委員会が承認したものです。

To Physicians and Public Health Officials: This form has been approved by the Michigan Public Service Commission for your use in verifying a medical condition of this patient that justifies a hold on shutting off utility service.

### 案内

お客様は、ライフラインの停止を延期もしくはサービスを回復するために、署名入りの緊急医療保留要請書の提出が可能です。ライフラインを維持するには、この証明書にご記入いただき、3営業日以内にご契約されている公益事業者までご返送ください。ライフラインが必要な場合は、ライン喪失時に備えて、現場でのバックアップ機能またはその他の代替手段を手配いただく必要があります。

医師または保健所職員の署名入りの医療緊急保留要請書を、以下に列挙する追加必要情報とともにご提出いただければ、

は、少なくとも21日  
の間、供給停止の措置を保留し、サービスを回復いたします。未払いによるサービス停止に伴って、サービス復旧に必要な保証金がお使いの口座まで請求される場合があります。

この申請書の承認は、供給停止の措置を無期限に防ぐものではありません。期間終了後にサービスが停止されるのを避けるには、未払い請求を解決するための措置を講じる必要があります。公共料金支払いの支援にご利用いただけるプログラムを検索するには、[こちら](#)を訪問ください。また、United Way (211)にお問い合わせいただくと、公共料金の援助やその他のニーズに対応可能な州内の地域団体を紹介する、無料の匿名サービスを受けることができます。

### 本申請書の使用には、以下の定義が適用されます。

**医療上の緊急事態** - 本医療証明書により、医師または保健所職員により定義および証明されたお客様もしくはお客様の世帯の構成員の既存の症状で、ライフラインの欠如によりそれが悪化する状況を指します。インフラ事業者は、お客様もしくはお客様の世帯の構成員が、医療上の緊急事態にあることが証明された場合、21日間を超えない範囲で供給停止を延期するものとします。なお、供給停止の延期をさらに延長するには、追加証明書が必要となります。医療上の緊急事態が発生した場合の供給停止延期は、63日までとなります。

### Instructions

A customer may provide a signed medical emergency hold request to postpone the discontinuance of utility service or restore service. For power to remain on, this certificate needs to be completed and returned to your utility within 3 business days. If utility service is a necessity, you must make other arrangements for on-site back-up capabilities or other alternatives in the event of loss of service.

If a customer submits a medical emergency hold request signed by a physician or public health official, along with the additional required information listed below,

will suspend shutoff action for at least 21 days, and services will be restored, where applicable. The customer may be charged a deposit to the account for service restoration due to disconnection for nonpayment.

**Approval of this form does not prevent shut offs indefinitely.** You must take steps to resolve unpaid bills to avoid service termination in the future. We encourage you to visit [this link](#) to find available programs to assist with paying energy bills. You may also contact the United Way at 211 for free confidential service that links people with local community based organizations across the state that can help with utility assistance and other needs.

### These definitions apply in using this form:

**Medical Emergency** - an existing medical condition of the customer or a member of the customer's household, as defined and certified by a physician or public health official on this medical certification form, that will be aggravated by the lack of utility service. A utility shall postpone disconnection for no longer than 21 days if the customer or member of customer's household has a certified medical emergency. Please note, additional certificates are required to extend postponement of shutoff. Postponement of shutoff for medical emergency conditions shall not exceed 63 days.

本証明書の再検証と処理を適時に実施するため、英語で回答してください。必要な情報が英語で記載されていない場合、処理に遅延が生じる可能性があり、3日間の猶予期間または保護は延長されません。

**重症者** - 家庭用医療機器または生命維持装置を必要とする、または必要とする世帯構成員がいるお客様で、毎年、その医療機器または生命維持装置が特定されており、サービスの中断により直ちに生命が脅かすされることを証明する、医師または医療施設から提供された本医療証明書をインフラ事業者に提出しているお客様のことです。重症者へのライフラインの停止は、年単位で延期されるものとします(その際は、新たな医療証明書の記入・提出が必要となります)。

**Critical Care Customer** - means any customer who requires, or has a household member who requires, home medical equipment or a life support system, and who, on an annual basis, provides this medical certification form from a physician or medical facility, to the utility, identifying the medical equipment or life support system and certifying that an interruption of service would be immediately life-threatening. Disconnection of utility service for Critical Care customers shall be postponed on an annual basis. (A new Medical Certification Form must be completed and submitted).

### 医療保留の申請

1. 緊急医療保留を必要とする世帯の居住者様もしくは患者様が18歳未満の場合は、法的責任を持つ保護者が、医療証明書の**セクション1**にご記入ください。
2. **セクション 2:**  
の顧客が記入します。
3. **セクション 3:** 医師あるいは公衆衛生当局が記入します。
4. 必要事項を記入した用紙と有効な身分証明書を、  
までご返送ください。

安全なウェブサイト :

安全なメールアドレス :

FAX番号 :

円滑に処理を進めるために、本申請書は、記入漏れがなく、読みやすい文字でご記載ください。特に記載がない限り、すべての情報が必要です。ご記入いただいた申請書は1営業日以内に処理されます。不明な点がございましたら、  
で  
までご連絡ください。

### To make a request for a medical hold:

1. **Section 1:** To be completed by resident of household requiring Medical Emergency Hold or by legal parent or guardian if patient is under the age of 18.
2. **Section 2:** To be completed by \_\_\_\_\_ customer of record.
3. **Section 3:** To be completed by physician or Public Health Official.
4. Return the completed form and valid identification to \_\_\_\_\_

Secure website:

Secure email:

Fax number:

**This form must be complete and legible to be processed.** All information is required unless otherwise indicated. Completed forms will be processed within one business day. If you have any questions, please contact \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_.

本証明書の再検証と処理を適時に実施するため、英語で回答してください。必要な情報が英語で記載されていない場合、処理に遅延が生じる可能性があり、3日間の猶予期間または保護は延長されません。

**このページは空白のままにしてください**  
**This page is intentionally blank**

# 医療証明申請書

## Medical Certification Form

医師および保健所職員の皆様へ：本申請書は、ライフラインの停止を保留することができる患者の症状を確認するために、ミシガン州公共サービス委員会が承認したものです。

To Physicians and Public Health Officials: This form has been approved by the Michigan Public Service Commission for your use in verifying a medical condition of this patient that justifies a hold on shutting off utility service.

**この証明書フォームが適切なタイミングで審査され、処理されるよう、すべてのセクションを記入し、英語で回答を記入し、3営業日以内に公的サービス宛てに返送する必要があります。必要な情報が英語で記載されていない場合、処理に遅延が生じる可能性があります、3日間の猶予期間または保護が延長されません。**

**TO ENSURE TIMELY REVIEW AND PROCESSING OF THIS CERTIFICATION FORM, ALL SECTIONS MUST BE COMPLETED, RESPONSES MUST BE IN ENGLISH AND RETURNED TO THE UTILITY WITHIN 3 BUSINESS DAYS. FAILURE TO PROVIDE THE REQUESTED INFORMATION IN ENGLISH MAY RESULT IN PROCESSING DELAYS AND WILL NOT EXTEND THE 3-DAY GRACE PERIOD OR PROTECTION.**

私は、*継続的なライフラインサービスを保証できないこと、それらの損失が発生した場合、代替システムを維持するか、代替プランを持つことは私の責任であることに理解します。*本証明書の使用は、予期せぬ停電が発生した場合の、そのサービス復旧に関するいかなる権利もお客様に与えるものではありません。

*I understand that* *cannot guarantee continuous utility service and it is my responsibility to maintain a backup system or have an alternate plan in the event of such loss. Use of this certificate form does not provide any rights to the customer regarding service restoration in the event of an unexpected outage.*

### セクション1：患者様記入欄

#### Section 1: the following information is to be completed by the Patient

患者様氏名： Patient's Name: 生年月日： Birthdate:

お客様との続柄(口座名義人)： Relationship to Customer (Account holder):  自分： Self:  その他： Other:

自宅電話番号/携帯電話番号： Home/Cell: 職業： Work:

私は、本申請書の審査・承認・処理を支援するために、私の医療提供者が、本医療証明書申請書に記載された医療情報を、私のライフライン事業者、もしくはそのライフライン事業者によって承認されたサード・オパーティに開示することをここに承認します。私は、ライフラインの継続は保証されないこと、ライフラインが失われた場合、代替システムを維持するか、代替プランを持つことが私の責任であることに理解します。私は、患者が下記の住所に住んでおり、提供されたすべての情報が正確であることをここに証明します。私は、私が重症保留の条件を満たしている場合、本医療保留が不要になった時点で会社に通知することにも同意します。

*I hereby authorize my health care provider(s) to release the medical information included on this medical certification FORM to my utility, or third parties authorized by the utility, to assist with the review, approval, and processing of this request. I understand that continuous utility service is not guaranteed and it is my responsibility to maintain a backup system or have an alternate plan in the event of a loss of utility service. I certify that the patient lives at the address listed below and that all information provided is accurate. If I meet the conditions for a Critical Care hold, I also agree to notify the company when this medical hold is no longer necessary.*

署名(両親/法定保護者/委任状)： Signature (Patient/Legal Guardian/Power of Attorney): 日付： Date:

本証明書の再検証と処理を適時に実施するため、英語で回答してください。必要な情報が英語で記載されていない場合、処理に遅延が生じる可能性があります、3日間の猶予期間または保護は延長されません。

## セクション2：お客様（口座名義人）記入欄

## Section 2: the following information is to be completed by the customer (Account Holder)

お客様の氏名 (印字)： Customer Name (Printed):

お客様の住所： Customer Address:

市： City:

市区町村： State:

郵便番号： Zip:

自宅電話番号/携帯電話番号： Home/Cell:

職業： Work:

自宅用メールアドレス： Home Email:

口座番号： Account Number:

サービスの種類：  
Type of Service:

電気 Electric

ガス Gas

私は、上記の情報が正確であり、患者がこの住所に居住する、記録上の顧客、または記録上の顧客の世帯構成員であることを証明します。

*I certify the information above is accurate AND the patient is the customer of record or a household member of the customer of record residing at this address.*

お客様の署名： Customer Signature:

日付： Date:

この申請書が承認されても、遮断措置を無期限に防ぐものではありません。期間終了後にサービスが停止されるのを避けるには、未払い請求を解決するための措置を講じる必要があります。公共料金のお支払いの支援に関しましては、ウェブサイトをご覧になるか、United Way (211) までご連絡ください。

**Approval of this form does not prevent shut offs indefinitely. You must take steps to resolve unpaid bills to avoid service termination in the future. We encourage you to visit our website or contact United Way at 211 to find available programs to assist with paying utility bills.**

本証明書の再検証と処理を適時に実施するため、英語で回答してください。必要な情報が英語で記載されていない場合、処理に遅延が生じる可能性があります。3日間の猶予期間または保護は延長されません。

## セクション3：医師・保健所職員記入欄

## Section 3: the following information is to be completed by a Physician or Public Health Official

緊急医療事態に該当する場合は、以下のいずれかにチェックを入れてください。  
Please select one of the following conditions by checking one of the boxes below:

**緊急医療患者**

ライフラインの欠如によって悪化する既存の病状を患っている患者を指します。インフラ事業者は、お客様もしくはお客様の世帯の構成員が、医療上の緊急事態にあることが証明された場合、21日間を超えない範囲で供給停止を延期するものとします。なお、供給停止の延期をさらに延長するには、追加証明書が必要となります。医療上の緊急事態が発生した場合の供給停止延期は、63日までとなります。

**Medical Emergency Patient**

Patient suffers from an existing medical condition that will be aggravated by the lack of utility service. A utility shall postpone disconnection for no longer than 21 days if the customer or member of customer's household has a certified medical emergency. Please note, additional certificates are required to extend postponement of shutoff. Postponement of shutoff for medical emergency conditions shall not exceed 63 days.

私は、患者が電気および天然ガスサービスの喪失によって悪化する、以下の緊急医療状態にあることを証明します。

I certify that the patient has the following medical emergency condition(s) that will be aggravated by the loss of electricity and/or natural gas service.

状態： Condition(s):

設備： Equipment:

期間： Time Period:

**重症患者**

自宅で生命維持に必要な医療機器を使用しており、ライフラインの停止が直ちに生命を脅かす状況にある患者のことを指します。重症者へのライフラインの停止は、年単位で延期されるものとします（こちらの更新には、毎年新しい医療証明書に記入・提出いただく必要があります）。

**Critical Care Patient**

Patient uses life-supporting medical equipment at home and termination of the utility service would be **immediately life threatening**. Disconnection of utility service for Critical Care customers shall be postponed on an annual basis. (A new Medical Certification Form must be completed and submitted annually to be renewed.)

以下の生命維持装置または医療機器が患者に使用されています。

The following life-support system(s) or medical equipment is/are used by the patient:

設備： Equipment:

追加所見(必要であれば) : Additional comments (if any):

## 該当する方にチェックしてください： Please check one:

<input type="checkbox"/> 医師 Physician	氏名： Name:	許可番号： License #:	
<input type="checkbox"/> 保健所職員 Public Health Official	氏名： Name:	許可番号： License #:	
会社住所： Business Address:		市： City:	市区町村： State: 郵便番号： Zip:
会社電話番号： Business Phone:		Fax: Fax:	
<p>私は、本申請書に記載された患者が私の診察を受けており、私の知る限り、記載された情報が真実であること、および選択したボックスにチェックを入れ、本申請書に署名することにより、患者が「緊急医療患者」または「重症患者」の基準を満たしていることを証明します。</p> <p><i>I certify that the patient identified on this form has been examined by me and to the best of my knowledge, information provided is true, and that, in checking the selected box and signing this form, the patient meets the criteria of a "Medical Emergency Patient" or a "Critical Care Patient."</i></p>			
署名： Signature:		日付： Date:	

本証明書の再検証と処理を適時に実施するため、英語で回答してください。必要な情報が英語で記載されていない場合、処理に遅延が生じる可能性があり、3日間の猶予期間または保護は延長されません。