

아토피·천식 의료비 지원 추천서

(안심학교 대상자인 경우)

| | | | | | | |
|-----------|-----|------|------|--|-----|--|
| 지원 대상자 | 성 명 | | 생년월일 | | 성별 | |
| | 주 소 | | | | | |
| 신청인 (보호자) | 성 명 | | 연락처 | | 관계 | |
| 입금은행 | | 계좌번호 | | | 예금주 | |

- ▶ 안심학교 대상자인 경우 안심학교의 교장(또는 원장, 아토피 담당자) 추천으로 소득 상관없이 안심학교 당 1명까지 지원이 가능합니다.
- ▶ 아토피피부염(I20), 천식(J45J46) 진단코드

▶ 추천사유 :

| | | | | |
|---------|--|------------------|-------------------|-----|
| 상 병 명 | | 상병코드 | | |
| 진료기간 | 년 월 일 | | | |
| 신청금액(원) | 합계(A+B) | 급여부분 본인부담금(A) | 비급여부분 본인부담금(B) | 비 고 |
| | | | | |
| 지 원 금 액 | 금 원 (₩) | | | |

위와 같이 아토피 · 천식 의료비 지원 대상자로 추천합니다.

년 월 일

안심학교명 :

추천자 : (서명)

파주 운정보건소장 귀하

※ 구비서류

1. 진단서, 소견서, 진료확인서 중 택1 (상병코드, 진단일자 필수기재)
2. 의료비 영수증, 진료비 상세내역서
3. 본인 또는 보호자 통장사본 1부

