## 아토피·천식 의료비 지원 추천서 (안심학교 대상자인 경우) 명 생년월일 성별 성 지원 대상자 주 소 신청인 성 관계 명 연락처 (보호자) 입금은행 계좌번호 예금주

- ▶ 안심학교 대상자인 경우 안심학교의 교장(또는 원장, 아토피 담당자) 추천으로 소득 상관없이 안심학교 당 1명까지 지원이 가능합니다.
- ▶ 아토피피부염(I20), 천식(J45.J46) 진단코드
- ▶ 추천사유:

상 병 명					상병코드			
진료기간		년	월	잍	I			
신청금액(원)		합계(A+B)		급여부분 본인부담금(A)		비급여부분 본인부담금(B)	Ħ	고
지원금역	백	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

알레르기질환자	의료비 지원사업 개인	인정보 첫	처리(수집·이용·제공 등)동의서					
성 명		상	생 년 월 일					
1. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의								
파주 운정보건소는 아토피·천식 예방관리를 위한 의료비 지원을 위해 『개인정보 보호법』제15조 및 제22 조 등에 따라 아래와 같이 귀하의 개인정보 등을 수집하고 있습니다.								
<ul> <li>Ⅲ 개인정보의 수집·이용 목적</li> <li>- 대상자가 지원범위에 해당하는지 선별하기 위함.</li> <li>■ 수집하려는 개인정보의 항목</li> <li>- 인적정보: 이름, 성별, 생년월일, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 계좌번호 등</li> <li>Ⅲ 개인정보의 보유 및 이용기간</li> <li>- 의료비 지원으로부터 1년</li> <li>- 다만, 보유 및 이용기간이 완료된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에 보유할 수 있음</li> </ul>								
※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우는 아토피·천식 의료비 지원 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.								
개인정보의 수집	집 및 이용 목적에 동의하십니	까?	□ 동의함 □ 동의하지 않음					
2. 민감정보의 처리에 관한 사항 동의 파주 운정보건소는 아토피·천식 의료비 지원 서비스 제공을 위해 『개인정보 보호법』제23조에 따른 민감정보를 수집하고 있습니다.								
<ul> <li>■ 민감정보: 상병코드, 질환명, 복용약물, 건강보험정보, 주민등록등본 등</li> <li>■ 이용목적 및 보유·이용기간: 개인정보의 수집·이용의 동의와 동일</li> <li>※ 귀하는 민감정보의 처리에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우는 아토피·천식 의료비 지원 서비스 제공이 중지 될 수 있습니다.</li> </ul>								
	및 이용 목적에 동의하십니		□ 동의함 □ 동의하지 않음					
11120 ±111		-711						
3. 미성년자의 개인정보 동의 여부 개인정보보호법 제22조5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 합니다. 이 경우 개인정보보호법 시행령 제17조에 의거하여 동법 제22조5항에 따라 만 제14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해 당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있습니다.								
법정대리인 성명	(인/서명	환자	· 와의 관계					
법정대리인 연락처		※ 환자	가 미성년자인 경우 작성					
『개인정보보호법』에 의거 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.								
	20 년	월	일					
	신청인	신청인 L과의 관계						