

[별지 제16호서식]

희귀질환자 의료비 지원사업 지원대상자 증명서 발급신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수일		발급일		처리기간		즉시		
대상자	성명		생년월일					
	주소(소재지)							
	지원대상 구분	<input type="checkbox"/> 요양급여 비용 중 본인부담금 <input type="checkbox"/> 보조기기 구입비 <input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 대여료 <input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료 <input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백즉석밥 <input type="checkbox"/> 옥수수전분						
	질환명 표기여부	<input type="checkbox"/> ※선택 시 증명서에 질환명과 KCD코드가 표기됩니다.						
제출용도	용도							
	제출처							

희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급을 신청합니다.

 Γ_{H} $\Gamma_{\text{H}_2\text{O}}$ $\Gamma_{\text{H}_2\text{O}}$

신청인(담당자) : (서명 또는 인)

환자와의 관계 :

() 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	--------

처리 절차

