

희귀질환자 의료비 지원사업 [결정(적합)] 통지서						
대 상 자	성 명		생년월일		전화번호	
	주 소				휴대전화	
	신청내용	희귀질환자 의료비 지원사업				
	신청항목	<div><input type="checkbox"/> 요양급여비용 중 본인부담금 <input type="checkbox"/> 보조기기 구입비</div> <div><input type="checkbox"/> 인공호흡기 대여료 <input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료</div> <div><input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 특수조제분유</div> <div><input type="checkbox"/> 저단백즉석밥 <input type="checkbox"/> 옥수수전분</div>				
비 고						
<p>- 귀하가 신청한 (<input type="checkbox"/> 신규신청, <input type="checkbox"/> 정기재조사)에 대한 조사 결과 희귀질환자 의료비 지원사업 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.</p>						
지원구분		지원개시일		지원구분		지원개시일
<div><input type="checkbox"/> 요양급여비용 중 본인부담금</div> <div><input type="checkbox"/> 인공호흡기 대여료</div> <div><input type="checkbox"/> 간병비</div> <div><input type="checkbox"/> 저단백즉석밥</div>				<div><input type="checkbox"/> 보조기기 구입비</div> <div><input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료</div> <div><input type="checkbox"/> 특수조제분유</div> <div><input type="checkbox"/> 옥수수전분</div>		
<p>1. 희귀질환자 의료비 지원사업 신청 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 사항이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.</p> <p>2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다.</p> <p>- 의료비를 지원받으려는 사람은 보건소장의 처분에 이의가 있는 경우 「민원 처리에 관한 법률」 제35조에 의해 결정일로부터 60일 이내 서면 또는 구두로 이의신청을 할 수 있습니다.</p>						
년 월 일						
담당자 : 소속과 성명						
문의 전화번호						
() 특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 · 구청장(보건소장) 직인						