(굵은 선 안의 내용 작성)

아토피·천식 의료비 지원 신청서

(■ 신규 ▢ 기존)

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

▶ 아토피피부염(L20), 천식(J45.J46) 진단코드
▶ 2026년에 상기질환과 관련된 의료비의 본인부담금 지원

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 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명)

파주 운정보건소장 귀하

첨부서류	
신고인(발행인) 제출서류	1. 신분증 2. 진단서, 소견서, 진료확인서 중 택1 (상병코드, 진단일자 필수기재) 3. 의료비 영수증, 진료비 상세내역서 4. 본인 또는 보호자 통장사본 1부
담당 공무원 확인사항	1. 주민등록등본 2. 건강보험료 납부확인서

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항 중 제3호를 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

알레르기질환자 의료비 지원사업 개인정보 처리(수집·이용·제공 등)동의서

성 명		생 년 월 일	

1. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의

파주 운정보건소는 아토피·천식 예방관리를 위한 의료비 지원을 위해 『개인정보 보호법』 제15조 및 제22조 등에 따라 아래와 같이 귀하의 개인정보 등을 수집하고 있습니다.

■ 개인정보의 수집·이용 목적
- 대상자가 지원범위에 해당하는지 선별하기 위함.

■ 수집하려는 개인정보의 항목
- 인적정보: 이름, 성별, 생년월일, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 계좌번호 등

■ 개인정보의 보유 및 이용기간
- 의료비 지원으로부터 1년
- 다만, 보유 및 이용기간이 완료된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에 보유할 수 있음

※ 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 및 이용 목적에 동의하십니까?	□ 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.

■ 민감정보: 상병코드, 질환명, 복용약물, 건강보험정보, 주민등록등본 등

■ 이용목적 및 보유·이용기간: 개인정보의 수집· 이용의 동의와 동일

※ 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.

개인정보의 수집 및 이용 목적에 동의하십니까?	□ 동의함 □ 동의하지 않음

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 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있습니다.

법정대리인 성명	(인/서명)	환자와의 관계	
법정대리인 연락처		※ 환자가 미성년자인 경우 작성	

『개인정보보호법』에 의거 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명)

신청인과의 관계 :