

희귀질환자 의료비 지원 신청서										신규 <input type="checkbox"/> 기존 <input type="checkbox"/>	
등 록 대상자	성 명				주민등록번호						
	질 환 명									(상병코드 :)	
	전화번호				휴대폰번호						
	주 소				전자메일주소		<input type="checkbox"/> 전자메일 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 수신거부 * 의료비지원사업에 관한 변동사항이 있을 시 정보 제공				
					정보수신여부						
세대주 (보호자)	성 명				주민등록번호				관계		
	주 소										
	전화번호				휴대폰번호						
환자 가구	환자와의 관계	성명	주민등록번호	주소		동거여부 (미등록사유)	취업상태	전화번호			
※ 배우자 관계 1) (<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼)											
부양 의무자 가구	환자와의 관계	성명	주민등록번호	주소		가구 원수	소득	재산	전화번호		
신청자 (환자)계좌	금융기관명				예금주			계좌번호			
지원대상 신청구분	<input type="checkbox"/> 요양급여비용중 본인부담금 <input type="checkbox"/> 보조기기구입비 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 대여료 <input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료 <input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백 햇반										
유의 사항	- 본인 및 부양의무자의 소득 및 재산상황 등의 조사에 적극적으로 협조하여야 하며, 조사를 2회 이상 거부, 방해, 기피할 경우는 신청서가 반려되거나 지원 대상자 결정이 취소될 수 있습니다. - 희귀질환자 의료비지원사업 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.								확 인 (√ 체크)		
환수 조치 안내	신청서 내용을 허위로 기재하는 등 기타 부정한 방법에 의하여 의료비를 지원받거나 타인으로 하여금 지원받게 할 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 합니다.								확 인 (√ 체크)		
									<input type="checkbox"/>		
본인(대리신청인 포함)은 유의사항과 환수조치 안내에 대하여 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 희귀질환자 의료비지원을 신청합니다.											
<div style="text-align: right;"> 년 월 일 신청인(대리신청인) 성명 : (서명 또는 인) 등록대상자와의 관계 : (대리신청의 경우) 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하 </div>											

※ 뒷면의 작성 요령을 읽고 작성하십시오.

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

희귀질환자 → 접수 → 소득·재산조사 → 검토

→ 의료비지원 대상자 등록여부 결정 → 결정사항 통보

작성 요령	<p>1. 환자가구에 포함하여야 하는 대상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 지원신청자와 같은 세대별 주민등록표에 기재된 자(동거인은 제외)로서, 생계나 주거를 같이하는 자 ※ 단, 민법에 따른 가족의 범위에 포함되는 사람은 주민등록표에 세대주 또는 동거인으로 기재되더라도 가구원의 범위에 포함 - 위에 해당하지 않는 자 중에서 다음에 해당하는 자 <ul style="list-style-type: none"> • 주민등록표상 별도 세대를 구성하고 있더라도 환자가구 가구원의 배우자(사실상 혼인관계에 있는 자 포함)로서 생계나 주거를 같이 하고 있는 경우 • 주민등록표상 별도 세대를 구성하고 있더라도 환자가구 가구원의 30세 미만의 미혼자녀로서 생계나 주거를 같이 하고 있는 경우 ※ 30세 미만 미혼자녀가 주거를 달리하면서 기준 중위소득 50% 이상의 소득활동을 하고 있거나, 30세 미만의 미혼부·모인 경우, 생계를 달리하는 것으로 판단하여 가구에서 분리 • 환자가구에 해당하는 사람과 생계 및 주거를 같이하는 사람으로서 환자가구에 해당하는 사람 중 생계를 책임지는 사람이 그의 부양의무자가 되는 경우 <p>2. 부양의무자가구의 범위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 부양의무자의 범위 <ul style="list-style-type: none"> • 신청자(환자) 1촌의 직계혈족(부모, 아들·딸 등) • 신청자(환자) 1촌의 직계혈족의 배우자(며느리 등) - 부양의무자 가구에 포함되는 자 <ul style="list-style-type: none"> • 부양의무자와 생계를 같이하는 직계존속(부모, 조부모) • 부양의무자와 생계를 같이하는 직계비속(자녀, 손자녀) • 부양의무자와 생계를 같이하는 부양의무자 2촌 이내의 혈족²⁾
구비 서류	<p>1. 환자 제출서류</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 임대차계약서, 사용대차확인서 등(해당자에 한함, 임대차계약서는 부양의무자가구에서도 해당자는 제출) 2) 최근 3개월 이내에 발급된 가족관계증명서(상세) 1부(환자를 기준으로 제출)³⁾ 3) 신청자(환자)의 통장사본 4) 최근 3개월 이내 발급된 진단서 1부⁴⁾(신규 신청에 한하여 제출하며 정기재조사 시에는 산정 특례 등록확인으로 갈음) ※ 단, 정기재조사 시 산정특례 등록질환과 희귀질환자 의료비지원사업 등록질환이 다를 시에는 진단서를 추가 요청할 수 있음 5) 자동차보험계약서 1부(사회보장시스템에서 조회가 안되는 경우에 한하여 제출, 부양의무자가구에서도 해당자는 제출) 6) 장애정도 확인 서류 사본 1부(해당자에 한함) <p>2. 부양의무자 제출서류</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 기초연금 수급자 증명서 사본 1부(해당자에 한하여 제출) 2) 장애인 연금 수급자 증명서 사본 1부(해당자에 한하여 제출) 3) 차상위 확인서 사본 1부(해당자에 한하여 제출) <p>3. 보건소 담당자 확인서류⁵⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 사회보장 자격확인(건강보험, 의료급여) 2) 주민등록등본 3) 소득·재산관계 서류(해당자에 한함) 4) 금융재산관계 서류(해당자에 한함)

2) 지침에서 정하고 있는 부양의무자 가구원 범위를 판단하는 기준을 제외한 기준은 환자가구 기준 적용

3) 가족관계증명서로 부양의무자를 확인할 수 없는 경우에는 제적등본 제출할 수 있음. 재혼가정의 경우 부양의무자 확인을 위하여 배우자의 가족관계증명서(상세)도 추가 제출하여야 함

4) 의료비지원 대상 질환으로 확진 또는 최종 진단된 경우에 지원신청이 가능함. 임상적 추정이나 의증은 지원 신청할 수 없음(단, 최종진단이 불가능한 질환은 의사소견서 상에 해당 질환에 대한 확진 또는 최종 진단이 불가능한 사유를 소명한 전문의의 소견서 반드시 첨부)

5) 보건소 담당자가 행정정보공동 이용을 통하여 확인하며 보건소 담당자가 행정정보공동 이용을 통하여 확인할 수 없는 경우 제출 요구할 수 있음