희귀질환자 의료비지원 사업 [□ 결정(적합) □ 결정(부적합)] 통지서												
	성 명		생년월일				전화번호					
대상자									휴대전화			
	주 소								전자우편			
	신청	성내용	희귀질환자 의료비 지원사업									
1. 귀하가 신청한 지원사업에 대한 조사 결과 희귀질환자 의료비지원사업 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.												
지원대상자			생년월일		지원구분					지	지원개시일	
			□ 요양급여비용 중 본인부담금 □ 보조기기 구입비 □ 인공호흡기 대여료 □ 기침유발기 대여료 □ 간병비 □ 특수조제분유 □ 저단백 햇반									
□ 부 적 합												
(나중신택/)의 구자가구 오득3 사가 신청하신 내용(지원이 -	부적한한 기	<i>)</i> 것으로
결정되었습니다. 2. 신규대상자의 경우 통보받은 날로부터 6개월 이후, 정기재조사자의 경우 퇴록사유발생일(정: 당해연도 6월 30일 또는 12월 31일)로부터 6개월 이후 재신청이 가능합니다, 단, 환자의 전출을 소득재산변동이 크거나 만성신장병(N18)으로 장기이식수술 후 다시 투석을 요하는 상태가 등 기타 보건소장이 인정하는 타당한 사유가 있을 경우에는 6개월 이내에 재신청이 가능								의 전출입 : 상태가 돈	등으로 ! 경우			
1. 희귀질환자 의료비지원사업 신청 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.												
2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다 의료비를 지원받으려는 사람은 보건소장의 처분에 이의가 있는 경우 「민원 처리에 관한 법률」제35조에 의해 결정일로부터 60일 이내 서면 또는 구두로 이의신청을 할 수 있습니다.												
										년	월	일
					담당지	-: 소속과 문의 전	전화번호	5	성명			
	() 특별지	나치시장	• 특별도	지사ㆍ시강	장 ・ 군=	수 • ⁻	구청장(보	건소장)	직인	