희귀질환자 의료비지원 사업 [ □ 결정(적합) □ 결정(부적합) ] 통지서										
	성 명			생년월일			전화번호			
대상자							휴대전화			
비하시	주 소		전자우편							
	신청내용	<u> </u>	희귀질환자 의료비 지원사업							
비고										
1. 귀하가 신청한 지원사업에 대한 조사 결과 희귀질환자 의료비지원사업 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.										
지원대상자			생년월일 지원구분				지원개시일			
			□ 요양급여비용 중 본인부담금 □ 보조기기 구입비 □ 인공호흡기 대여료 □ 기침유발기 대여료 □ 간병비 □ 특수조제분유 □ 저단백 햇반							
□ 부 적 합										
부적합사유 │□ 환자가구 소득초과 □ 환자가구 재산초과 (다중선택가능) □ 부양의무자가구 소득초과 □ 부양의무자 가구 재산초과 □ 기타( )										
1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사·심의한 결과 위와 같은 사유로 의료비 지원이 부적합한 것으로 결정되었습니다. 안 내 2. 통보받은 날로부터 6개월 이후 재신청이 가능합니다, 단, 환자의 전출입 등으로 재산변동이 크거나 만성신장병(N18)으로 장기이식수술 후 다시 투석을 요하는 상태가 된 경우 등 기타 보건소장이 인정하는 타당한 사유가 있을 경우에는 6개월 이내에 재신청이 가능합니다.										
<ol> <li>희귀질환자 의료비지원사업 신청 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.</li> </ol>										
<ul><li>2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다.</li><li>의료비를 지원받으려는 사람은 보건소장의 처분에 이의가 있는 경우 「민원처리에 관한 법률」제35조에 의해 결정일로부터 60일 이내 서면 또는 구두로 이의신청을 할 수 있습니다.</li></ul>										
								년	월	일
				담당자	: 소속과		성명			
문의 전화번호										
										7
	(		) 특별자	치시장・ 특별도제	지사・시장・군	수 • =	구청장(보	건소장)	직인	