[별지 제17호서식]

희귀질환자 의료비지원 사업 [□ 결정(적합) □ 결정(부적합)] 통지서

대상자	성 명		생년월일		전화번호	
	주 소				휴대전화	
					전자우편	
	신청내용	희귀질환자 의료비 지원사업				
비 고						

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 (다중선택가능)	□ 환자가구 소득초과 □ 환자가구 재산초과 □ 부양의무자가구 소득초과 □ 부양의무자 가구 재산초과 □ 기타( )
안 내	1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사·심의한 결과 위와 같은 사유로 의료비 지원이 부적합한 것으로 결정되었습니다. 2. 통보받은 날로부터 6개월 이후 재신청이 가능합니다, 단, 환자의 전출입 등으로 소득재산변동이 크거나 만성신장병(N18)으로 장기이식수술 후 다시 투석을 요하는 상태가 된 경우 등 기타 보건소장이 인정하는 타당한 사유가 있을 경우에는 6개월 이내에 재신청이 가능합니다.

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 「민원처리에 관한 법률」제35조에 의해 결정일로부터 60일 이내 서면 또는 구두로 이의신청을 할 수 있습니다.

년 월 일

담당자 : 소속과 성명

문의 전화번호

( ) 특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 · 구청장(보건소장) 직인