희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급신청서 ※ []에는 해당되는 곳에 ∨표를 합니다. 즉시 접수일 발급일 처리기간 성명 생년월일 주소(소재지) 대상자 세대주 성명(시설명) 세대주와의 관계 [] 요양급여 비용 중 본인부담금 [] 보조기기 구입비 [] 간병비 지원대상 구분 [] 인공호흡기 대여료 [] 기침유발기 대여료 [] 특수식이 구입비 용도 제출용도 제출처 희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급을 신청합니다. 년 월 (서명 또는 인) 신청인(담당자) : 환자와의 관계 :) 특별자치시장・ 특별도지사・시장・군수・구청장(보건소장) 귀하 첨부서류 없음 수수료 없음 처리 절차 신청서 작성 접수 결재 증명서 발급 **→** 검토 **→** 신청인 보건소 보건소 보건소