희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급신청서												
※ []에는 해당되는 곳에 ∨표를 합니다.												
접수일				발급일					처리기간		즉시	
대상자	성명	명 					생년월일	<u> </u>				
	주소(:	⁻ 소(소재지)										
	지원디 구분	l상		양급여 비용 중 본인부담금 []보조기기 구입비 []간병 당호흡기 대여료[]기침유발기 대여료[]특수조제분유[]저단백형								
	질환명 표기0	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
제출용도	용도	용도										
	제출치	제출처										
희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급을 신청합니다.												
년 월										일		
신청인(담당자) : (서명 또는 인)												
환자와의 관계 :												
() 특별자치시장・ 특별도지사・시장・군수・구청장(보건소장) 귀하												
첨부서류	없음										수수료 없음	
처리 절차												
	서 작성 청인	→	접수 보건소	→	검 모 보건		→	결재 보건:		→	증명서 발급	