희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급신청서												
※ [ ]에는 해당되는 곳에 ∨표를 합니다.												
접수일				발급일					처리기간		즉시	
대상자	성명	면					생년월	일				
	주소(3	주소(소재지)										
	지원대 구분			양급여 비용 중 본인부담금 [ ] 보조기기 구 공호흡기 대여료[ ] 기침유발기 대여료[ ] 특수조								
	질환명 표기여	- '   ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '										
제출용도	용도	용도										
	제출처											
희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서 발급을 신청합니다.												
년 월 일										일		
신청인(담당자) : (서명 또는 인)												
환자와의 관계 :												
( ) 특별자치시장・ 특별도지사・시장・군수・구청장(보건소장) 귀하												
첨부서류	없음										수수료 없음	
처리 절차												
	서 작성 청인	<b>→</b>	접수 보건소	<b>→</b>		토 건소	<b>→</b>		결재 보건소	→	증명서 발급	