

희귀질환자 의료비 지원사업 지원대상자 증명서

1. 성명:

(생년월일:)

2. 주소(소재지):

3. 지원 대상 구분

<input type="checkbox"/> 영양급여 비용 중 본인부담금	<input type="checkbox"/> 보조기기 구입비	<input type="checkbox"/> 간병비
<input type="checkbox"/> 인공호흡기 대여료	<input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료	<input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백햇반

※ 질환명 :

KCD코드 :

4. 제출용도:

(용 도)

(제출처)

희귀질환자 의료비 지원사업 지원대상자임을 증명합니다.

년 월 일

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

직인