

희귀질환자 소득·재산 조사 의뢰서

환자 인적 사항	성 명		주민등록번호		
	주 소				
	전화번호	자택 :		휴대전화 :	
환자 가구	환자와의 관계	성 명	주민등록번호	비 고	
부양 의무자 가구	환자와의 관계	성 명	주민등록번호	비 고	

위의 희귀질환자 및 가구원에 대한 소득·재산 조사를 의뢰합니다.

년 월 일

_____특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 보건소장 (인)

(의뢰자 소속 및 직위 : _____ 성명 : _____ (전화 : _____))