| 희귀질환자 의료비지원 사업 [□ 결정(적합) □ 결정(부적합)] 통지서 | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-------------|--|-------------------------------------|--|-------|------|-------|---------|----------|---------|----|
| | 성 | 명 | | 생년월일 | | | | | 전화번호 | | | |
| 대상자 | | | | | | | | | 휴대전화 | | | |
| | 주 | 소 | 전자우핀 | | | | | | | | | |
| | 신청 | 성내용 | 희귀질환자 의료비 지원사업 | | | | | | | | | |
| 비 고 1 긔하기 시청하 지역사업에 대하 조사 경과 하긔지하지 이르바지역사업 대사자로 경정되었으므 아커드라니다. | | | | | | | | | | | | |
| 1. 귀하가 신청한 지원사업에 대한 조사 결과 희귀질환자 의료비지원사업 대상자로 결정되었음을 알려드립니다 | | | | | | | | | | | 1나. | |
| 지원대상자 | | | 생년월일 지원구분 □ 요양급여비용 중 본인부담금 | | | | | | 시1 | 원개시일 | | |
| | | | □ 보조기기 구입비 □ 인공호흡기 대여료 □ 기침유발기 대여료 | | | | | | | | | |
| | | | | □ 간병□ 특수 | □ 가슴ㅠ글기 데어요 □ 간병비 □ 특수조제분유 □ 저단백 햇반 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| □ 부 적 합 | | | | | | | | | | | | |
| 부적합사유 □ 환자가구 소득초과 □ 환자가구 재산초과 (다중선택가능) □ 부양의무자가구 소득초과 □ 부양의무자 가구 재산초과 □ 기타() | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 게 대해 조사 | ·심의한 | 결과 위와 | 같은 / | 사유5 | 리 의료비 기 | 지원이 누 | 부적합한 것 | 으로 |
| 안 1 | 내 | 2. 신규 당하 | 결정되었습니다. 신규대상자의 경우 통보받은 날로부터 6개월 이후, 정기재조사자의 경우 퇴록사유발생일(정기재 당해연도 6월 30일 또는 12월 31일)로부터 6개월 이후 재신청이 가능합니다. 단, 신규대상자 및 정기재 대상자 중 보건소에서 인정하는 사유가 있는 경우에는 6개월 이내에 재신청이 가능합니다. | | | | | | | | | |
| 1. 희귀질환자 의료비지원사업 신청 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다. | | | | | | | | | | | | |
| 2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다. | | | | | | | | | | | | |
| - 의료비를 지원받으려는 사람은 보건소장의 처분에 이의가 있는 경우 「민원 처리에 관한 법률」제35조에 의해 결정일로부터 60일 이내 서면 또는 구두로 이의신청을 할 수 있습니다. | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 년 | 월 | 일 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 담당자 | : 소속과 | | | 성명 | | | |
| 문의 전화번호 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | (| |) 특별지 | 다치시장 • | 특별도계 | 디사・시장 | 상•군수 | 수 • = | 구청장(보 | 건소장) | 직인 | |