

희귀질환자 의료비 지원 신청서										신규 <input type="checkbox"/> 기존 <input type="checkbox"/>		
등록대상자	성명		주민등록번호									
	질환명										(상병코드 :)	
	전화번호		휴대폰번호									
	주소		전자메일주소									
			정보수신여부			<input type="checkbox"/> 전자메일 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 수신거부 * 의료비지원사업에 관한 변동사항이 있을 시 정보 제공						
세대주(보호자)	성명		주민등록번호			관계						
	주소											
	전화번호		휴대폰번호									
환자가구	환자와의 관계	성명	주민등록번호	주소	동거여부(미등록사유)	취업상태	전화번호					
	※ 배우자 관계1) (<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼)											
부양의무자가구	환자와의 관계	성명	주민등록번호	주소	가구원수	소득	재산	전화번호				
신청자(환자)계좌	금융기관명		예금주		계좌번호							
지원대상 신청구분	<input type="checkbox"/> 요양급여비용중 본인부담금 <input type="checkbox"/> 보조기기구입비 <input type="checkbox"/> 인공호흡기 대여료 <input type="checkbox"/> 기침유발기 대여료 <input type="checkbox"/> 간병비 <input type="checkbox"/> 특수조제분유 <input type="checkbox"/> 저단백 햇반											
유의사항	- 본인 및 부양의무자의 소득 및 재산상황 등의 조사에 적극적으로 협조하여야 하며, 조사를 2회 이상 거부, 방해, 기피할 경우는 신청서가 반려되거나 지원 대상자 결정이 취소될 수 있습니다. - 희귀질환자 의료비지원사업 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.							확인 (√ 체크) <input type="checkbox"/>				
환수 조치 안내	신청서 내용을 허위로 기재하는 등 기타 부정한 방법에 의하여 의료비를 지원받거나 타인으로 하여금 지원받게 할 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 합니다.							확인 (√ 체크) <input type="checkbox"/>				
본인(대리신청인 포함)은 유의사항과 환수조치 안내에 대하여 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 희귀질환자 의료비지원을 신청합니다.												
										년 월 일 신청인(대리신청인) 성명 : (서명 또는 인) 등록대상자와의 관계 : (대리신청의 경우) 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하		

※ 뒷면의 작성 요령을 읽고 작성하십시오.

1) 해당자에 한함

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.	
희귀질환자 → 접수 → 소득·재산조사 → 검토 → 의료비지원 대상자 등록여부 결정 → 결정사항 통보	
작성 요령	<p>1. 환자가구에 포함하여야 하는 대상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 지원신청자와 같은 세대별 주민등록표에 기재된 자(동거인은 제외)로서, 생계나 주거를 같이하는 자 <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 민법에 따른 가족의 범위에 포함되는 사람은 주민등록표에 세대주 또는 동거인으로 기재되더라도 가구원의 범위에 포함 - 위에 해당하지 않는 자 중에서 다음에 해당하는 자 <ul style="list-style-type: none"> • 주민등록표상 별도 세대를 구성하고 있더라도 환자가구 가구원의 배우자(사실상 혼인관계에 있는 자 포함)로서 생계나 주거를 같이 하고 있는 경우 • 주민등록표상 별도 세대를 구성하고 있더라도 환자가구 가구원의 30세 미만의 미혼자녀로서 생계나 주거를 같이 하고 있는 경우 <ul style="list-style-type: none"> ※ 30세 미만 미혼자녀가 주거를 달리하면서 기준 중위소득 50% 이상의 소득활동을 하고 있거나, 30세 미만의 미혼부·모인 경우, 생계를 달리하는 것으로 판단하여 가구에서 분리 • 환자가구에 해당하는 사람과 생계 및 주거를 같이하는 사람으로서 환자가구에 해당하는 사람 중 생계를 책임지는 사람이 그의 부양의무자가 되는 경우 <p>2. 부양의무자가구의 범위</p> <ul style="list-style-type: none"> - 부양의무자의 범위 <ul style="list-style-type: none"> • 신청자(환자) 1촌의 직계혈족(부모, 아들·딸 등) • 신청자(환자) 1촌의 직계혈족의 배우자(며느리 등) - 부양의무자 가구에 포함되는 자 <ul style="list-style-type: none"> • 부양의무자와 생계를 같이하는 직계존속(부모, 조부모) • 부양의무자와 생계를 같이하는 직계비속(자녀, 손자녀) • 부양의무자와 생계를 같이하는 부양의무자 2촌 이내의 혈족²⁾
구비 서류	<p>1. 환자 제출서류</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 임대차계약서, 사용대차확인서 등(해당자에 한함, 임대차계약서는 부양의무자가구에서도 해당자는 제출) 2) 최근 3개월 이내에 발급된 가족관계증명서(상세) 1부(환자를 기준으로 제출)³⁾ 3) 신청자(환자)의 통장사본 4) 최근 3개월 이내 발급된 진단서 1부⁴⁾(신규 신청에 한하여 제출하며 정기재조사 시에는 산정 특례 등록확인으로 같음) <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 정기재조사 시 산정특례 등록질환과 희귀질환자 의료비지원사업 등록질환이 다를 시에는 진단서를 추가 요청할 수 있음 5) 자동차보험계약서 1부(사회보장시스템에서 조회가 안되는 경우에 한하여 제출, 부양의무자가구에서도 해당자는 제출) 6) 장애정도 확인 서류 사본 1부(해당자에 한함) <p>2. 부양의무자 제출서류</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 기초연금 수급자 증명서 사본 1부(해당자에 한하여 제출) 2) 장애인 연금 수급자 증명서 사본 1부(해당자에 한하여 제출) 3) 차상위 확인서 사본 1부(해당자에 한하여 제출) <p>3. 보건소 담당자 확인서류⁵⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 사회보장 자격확인(건강보험, 의료급여) 2) 주민등록등본 3) 소득·재산관계 서류(해당자에 한함) 4) 금융재산관계 서류(해당자에 한함)

- 2) 지침에서 정하고 있는 부양의무자 가구원 범위를 판단하는 기준을 제외한 기준은 환자가구 기준 적용
- 3) 가족관계증명서로 부양의무자를 확인할 수 없는 경우에는 제적등본 제출할 수 있음. 재혼가정의 경우 부양의무자 확인을 위하여 배우자의 가족관계증명서(상세)도 추가 제출하여야 함
- 4) 의료비지원 대상 질환으로 확진 또는 최종 진단된 경우에 지원신청이 가능함. 임상적 추정이나 의증은 지원 신청할 수 없음(단, 최종진단이 불가능한 질환은 의사소견서 상에 해당 질환에 대한 확진 또는 최종 진단이 불가능한 사유를 소명한 전문의의 소견서 반드시 첨부)
- 5) 보건소 담당자가 행정정보공동 이용을 통하여 확인하며 보건소 담당자가 행정정보공동 이용을 통하여 확인할 수 없는 경우 제출 요구할 수 있음