

접수번호 : 202 - _____

접수일자 : 202 - ____ / ____

재활치료비 지원 신청서

환 아 명		주민번호 (연령)	- 만 세	신 청 항 목	재활치료		
주소					재활보장구		
연락처	부	집			성장호르몬		
	모	본인			2차질환시술		
진 단 내 역	진단명 (분류코드):			진료병원 :			
	초기진단일 :			치료종 <input type="checkbox"/> 치료종결 <input type="checkbox"/> 년 월			
의료보장 수혜여부	국민건강보험 : 지역보험 <input type="checkbox"/> 직장보험 <input type="checkbox"/>			의료급여 1종 : 환아만 해당 <input type="checkbox"/> 가족전체 해당 <input type="checkbox"/>			
				의료급여 2종 : 환아만 해당 <input type="checkbox"/> 가족전체 해당 <input type="checkbox"/>			
사회보장 수혜여부	해당사항 없음 <input type="checkbox"/>						
	해당 <input type="checkbox"/>		국민기초수급대상 선정일 : 년 월		월 정기보조금: 원		
주거상황	자가 <input type="checkbox"/>		전세 <input type="checkbox"/>		월세 <input type="checkbox"/>		기타 <input type="checkbox"/>
	시가		보증금		보증금 월세		기타내용
가족관계 및 상황	관계	성명	연령	교육정도	직업(직장)	월평균수입	건강 및 경제상황(부채)
암치료비 부담	진료비 본인부담액 :						
	조달방법 :						
후유장애 치료 경험	없음 <input type="checkbox"/> 재활치료 <input type="checkbox"/> 재활보장구 <input type="checkbox"/> 성장호르몬 <input type="checkbox"/> 2차질환시술 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> ()						
	치료비 부담액 : 약 원						
보장구	기존 보장구 착용 <input type="checkbox"/> 미착용 <input type="checkbox"/>		구입시기 :				
	보장구 금액 : 원			건강보험공단 지원금 : 원			
재활치료비 마련 계획							

본인은 귀 협회에 후유장애치료비 지원을 신청하며, 기록사항 및 제출서류가 사실임을 확약합니다

20 년 월 일 보호자(신청인) : (인)

