

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 | | 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)

접수번호 : 202 - _____

접수일자 : 20 - ____ / ____

치료비 지원 신청서

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| 환 아 명 | | 주민번호 (연령) | - 만 세 | 신청 항목 | 이식비 | | |
| 주소 | | | | | 치료비 | | |
| 연락처 | 부 모 | 집 본인 | | | 조혈모구득료 | | |
| 진 단 내 역 | 진단명 (분류코드): | | | 진료병원 : | 담당의사: | | |
| | 초기진단일 : | | | 재발진단 : 1회) 년 월/ 2회) 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) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 진료비 현 황 | 진단 후 현재까지 발생한 진료비 : | | | 치료기간 : 년 월 ~ 년 월 | | | |
| | 발생한 치료비 중 본인정산 금액 : | | | 후원지원 정산 금액 : | | | |
| 후원내역 | 보건소 : 원 | | 기간: ~ | | 지원금 잔액 : 원 | | |
| | 후원처 : 월 | | 기간: ~ | | 지원금 잔액 : 원 기관명 : | | |
| 사보험 | 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> | | 보험상품: | | 진단금: 원 기타 보장내역 : | | |
| 진료현황 | *필수 기재 | | | | | | |
| 향후 진료계획 | *필수 기재 | | | | | | |

본인은 귀 협회에 치료비 지원을 신청하며, 기록사항 및 제출서류가 사실임을 확약합니다.

년 월 일 보호자(신청인) : (인)