

< 서식 1 >

저소득장애인 의료비 지급 신청서

1. 지원대상자 인적사항

성명		주민등록번호	-	장애유형 및 등급	
주소				전화번호	휴대폰 :
세대주 성명		세대주 주민등록번호	-	가구원수	명
의료보장 유형		• 의료급여대상자(1종, 2종) • 건강보험대상자()			

2. 지원대상자 소득기준(보험료 납입액 기준)

직장가입자		지역가입자		혼합(직장+지역)	
가구원 수	보험료	가구원 수	보험료	가구원 수	보험료
명	원	명	원	명	원

3. 의료비(보조기기) 지원신청 내역

(단위 : 원)

구분	합계	급여부분 본인부담액	비급여부분 본인부담액	비고
의료비				

4. 의료비 신청 병명 및 보조기기명

병명	보조기기명	비고

5. 입금계좌번호 :

위와 같이 저소득장애인 의료비 지급을 신청합니다.

신청인 : (인)

시장·군수 귀하