

C형간염 확진검사비 지원 신청서

(앞 쪽)

신청내용	성명		주민등록번호	
	휴대전화 번호			
	지급계좌 (본인명의)	금융기관:	예금주:	
		계좌번호:		
	검사기관		검사일	
신청비용	* 진료비상세내역서에 기재된 진찰료 및 확진검사비 에 한함			

신청인 제출서류	1. 의료기관(병·의원)이 발행한 진료비 상세내역(검사비 확인이 가능한 영수증) * 카드 전표나 소득 공제용 '진료비납입확인서' 는 불가함에 유의 2. 지원대상자의 통장 사본(본인명의만 가능) 3. 신청인과 본인과의 관계를 증명하는 서류 (신청인이 지원대상자 본인이 아닐 경우에 한함)	수수료 없음
-------------	---	-----------

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인	(서명 또는 인)
유의사항	

- 이번년도 56세 국가건강검진에서 C형간염 항체양성자로 통지받고 확진검사(RNA)를 시행한 경우에만 신청이 가능합니다.
- 확진검사는 가까운 병·의원에서 받으실 수 있으며, (상급)종합병원에서 확진검사를 받으실 경우 확진검사비 지원은 받으실 수 없습니다.
- 지급 여부는 기재하신 휴대전화 번호로 문자메시지(SMS)로 통보됩니다.
- 지원금은 기재하신 계좌로 3개월내 지급됩니다.

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무)2호, 제67조(국고부담경비)1호에 따라 위와 같이 C형간염 확진검사비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)
신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 또는 질병관리청장 귀하