< 서식 1 >

장애인 보조기기 지급 신청서

1. 지원대상자 인적사항

성 명		주민등록번호	-	장애유형 및 등급	
주 소				전화번호	휴대폰 :
세대주 성 명		세 대 주 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	합 계	급여부분 본인부담액	비급여부분 본인부담액	비 고
의료비 (보조기기)				

4. 의료비 신청 병명 및 보조기기명

병 명	보조기기명	비 고

5. 입금계좌번호 :

위와 같이 저소득장애인 의료비(보조기기)지급을 신청합니다.

. . .

신 청 인 : (인)

시장·군수 귀하

< 서식 2 >

장애인 보조기기 자문 상담 신청서

본 의뢰서에 기입된 보조기기는 경기도재활공학서비스연구지원센터에서 전화 또는 대면 상담으로 적합성 여부를 확인합니다.

<table>
<tr><td colspan="2">시·군명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">신청인
정보</td><td>성 명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>생년월일(나이)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>장애유형/등급</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>성별</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">연락처/관계
(2개 기입)</td><td>연락처</td><td>관계</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">소득기준</td><td colspan="2">☐ 수급권자 ☐ 차상위 ☐ 기타(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">장애상태 및
보조기기 필요성</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">신청보조기기
(품목고시)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">지원구분</td><td colspan="2">☐ 국고보조사업 장애인보조기기 교부
☐ 도비보조사업 저소득장애인의료비</td></tr>
<tr><td colspan="2">기타 요청사항</td><td colspan="2">※ 청각, 언어 장애 등 있는 경우 의사소통 방법 및 그 외 요청사항을 기록해주세요..
(예) 문자만 가능, 통역 서비스 이용, 보호자 통화 등)</td></tr>
<tr><td colspan="3">신청 보조기기 이외의 보조기기 관련 상담 필요 여부</td><td>☐ 필요 ☐ 불필요</td></tr>
</table>

경기도재활공학서비스연구지원센터장 귀하