

< 서식 1 >

## 저소득장애인 의료비 지급 신청서

### 1. 지원대상자 인적사항

|           |  |                                     |   |              |       |
|-----------|--|-------------------------------------|---|--------------|-------|
| 성명        |  | 주민등록번호                              | - | 장애유형<br>및 등급 |       |
| 주소        |  |                                     |   | 전화번호         | 휴대폰 : |
| 세대주<br>성명 |  | 세대주<br>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<br>본인부담액 | 비급여부분<br>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

< 서식 4 >

## 저소득장애인 의료비 지급대상자 조사서

|            |      |        |        |  |
|------------|------|--------|--------|--|
| 대 상<br>장애인 | 성 명  |        | 주민등록번호 |  |
|            | 주 소  | (전화번호) |        |  |
|            | 세대원수 |        | 장애유형   |  |
|            | 입원기간 |        | 병 명    |  |

| 1. 소득기준(건강보험료 본인부담금 납입액) |     |       |     |           |     |      |
|--------------------------|-----|-------|-----|-----------|-----|------|
| 직장가입자                    |     | 지역가입자 |     | 혼합(직장+지역) |     | 적합여부 |
| 가구원 수                    | 보험료 | 가구원 수 | 보험료 | 가구원 수     | 보험료 |      |
| 명                        | 원   | 명     | 원   | 명         | 원   |      |

|                   |
|-------------------|
| 2. 생활실태 등 기타 조사내용 |
|-------------------|

| 3. 의료비 지원 내용                     |     |
|----------------------------------|-----|
| 구 분                              | 금 액 |
| 국민건강보험 급여부분 본인부담액                |     |
| 국민건강보험의료급여 비급여 지원액(MRI, CT, 초음파) |     |
| 심장·신장 장애인의 경우 외래·통원치료비·약값        |     |
| 총 액                              |     |

년 월 일

조사자 직급 : 성 명 (인)  
 확인자 직위 : 성 명 (인)

< 서식 1 >

## 장애인 보조기기 지급 신청서

### 1. 지원대상자 인적사항

|           |  |                                     |   |              |       |
|-----------|--|-------------------------------------|---|--------------|-------|
| 성명        |  | 주민등록번호                              | - | 장애유형<br>및 등급 |       |
| 주소        |  |                                     |   | 전화번호         | 휴대폰 : |
| 세대주<br>성명 |  | 세대주<br>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<br>본인부담액 | 비급여부분<br>본인부담액 | 비고 |
|---------------|----|---------------|----------------|----|
| 의료비<br>(보조기기) |    |               |                |    |

### 4. 의료비 신청 병명 및 보조기기명

| 병명 | 보조기기명 | 비고 |
|----|-------|----|
|    |       |    |

### 5. 입금계좌번호 :

위와 같이 저소득장애인 의료비(보조기기)지급을 신청합니다.

신청인 : (인)

시장·군수 귀하

< 서식 2 >

## 장애인 보조기기 자문 상담 신청서

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

|                              |                   |                                                                                                                |                                                          |
|------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 시군명                          |                   |                                                                                                                |                                                          |
| 신청인<br>정보                    | 성 명               |                                                                                                                |                                                          |
|                              | 생년월일(나이)          |                                                                                                                |                                                          |
|                              | 장애유형/등급           |                                                                                                                |                                                          |
|                              | 성별                |                                                                                                                |                                                          |
|                              | 연락처/관계<br>(2개 기입) | 연락처                                                                                                            | 관계                                                       |
|                              |                   |                                                                                                                |                                                          |
|                              |                   |                                                                                                                |                                                          |
| 주소                           |                   |                                                                                                                |                                                          |
| 소득기준                         |                   | <input type="checkbox"/> 수급권자 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 기타(                      ) |                                                          |
| 장애상태 및<br>보조기기 필요성           |                   |                                                                                                                |                                                          |
| 신청보조기기<br>(품목고시)             |                   |                                                                                                                |                                                          |
| 지원구분                         |                   | <input type="checkbox"/> 국고보조사업 장애인보조기기 교부<br><input type="checkbox"/> 도비보조사업 저소득장애인의료비                        |                                                          |
| 기타 요청사항                      |                   | ※ 청각, 언어 장애 등 있는 경우 의사소통 방법 및 그 외<br>요청사항을 기록해주세요..<br>(예) 문자만 가능, 통역 서비스 이용, 보호자 통화 등)                        |                                                          |
| 신청 보조기기 이외의 보조기기 관련 상담 필요 여부 |                   |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 필요 <input type="checkbox"/> 불필요 |

경기도재활공학서비스연구지원센터장 귀하



[참고 제1호 서식]

## 【 개인정보 수집·이용 동의서 】

### ■ 기본 개인정보 수집·이용

|                                    |                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 개인정보의 수집 및 이용목적                    | 장애인보조기기 교부                                                       |
| 개인정보의 보유 및 이용기간                    | 5년                                                               |
| 수집하는 기본 개인정보 항목                    | 성명, 주민번호, 전화번호, 주소 등                                             |
| 동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항 | 귀하는 개인정보 제공 및 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 서비스 이용이 어려워질 수 있습니다. |

기본 개인정보 수집 및 이용에 동의함 ☐ / 동의하지않음 ☐

### ■ 민감정보 수집·이용

|                                    |                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 민감정보 수집 및 이용 목적                    | 장애인보조기기 교부                                                       |
| 민감정보의 보유 및 이용기간                    | 5년                                                               |
| 수집하는 민감정보 항목                       | 장애 상태 등                                                          |
| 동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항 | 귀하는 개인정보 제공 및 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 서비스 이용이 어려워질 수 있습니다. |

민감정보 수집 및 이용에 동의함 ☐ / 동의하지않음 ☐

### ■ 개인정보 제3자 제공

|                                    |                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 개인정보를 제공받는 자                       | 행복e음 등 공공기관 교부사업 시스템, 중앙 및 지역보조기기센터, 장애인보조기기 품질관리사업              |
| 개인정보를 제공 받는 자의 개인정보이용목적            | 장애인보조기기 교부 중복조회, 보조기기 상담 및 평가 의뢰, 사후관리(만족도조사)                    |
| 제공되는 개인정보 항목                       | 성명, 주민번호, 교부받은 품목 등                                              |
| 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간       | 5년                                                               |
| 동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항 | 귀하는 개인정보 제공 및 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 서비스 이용이 어려워질 수 있습니다. |

개인정보 제3자 제공에 동의함 ☐ / 동의하지않음 ☐

www.gg.go.kr



※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함

「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함

20    년    월    일

성 명 :                      (인)

시·군·구청장 귀하

[www.gg.go.kr](http://www.gg.go.kr)