

치료비용 국가 부담 신청서

결 정		
기각	승인	비고

치료명령을 받은 사람	성명	주민등록번호
	주소 (전화번호:) (휴대전화번호:)	
치료비용 납부명령일		치료비용 금액
본인 부담 가능 금액		지원희망 금액
신청사유		

「성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률」 제24조제1항 단서, 같은 법 시행령 제26조제3항에 따라 위와 같이 치료비용의 국가 부담을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

○○보호관찰소장 귀하

첨부서류	뒤쪽 참조	수수료 없 음
------	-------	------------

신 청 인 제출서류	1. 치료비용 국가 부담 신청서 1통 2. 소득이 없어 소득신고를 하지 않는 경우에는 그 사실을 확인할 수 있는 자료 1통 3. 그 밖에 일정한 수입원이나 재산이 없음을 확인할 수 있는 자료 1통	수수료 없 음
담당공무원 확인 사항	1. 소득금액 증명서(소득이 있는 경우만 해당합니다) 2. 지방세 세목별 과세(납세)증명서 3. 국민기초생활 수급자 증명서	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

공 지 사 항

치료비용 국가부담 신청에 대한 결정을 위하여 필요한 경우에는 치료명령을 받은 사람에게 출석 또는 자료의 제출을 요구하거나, 치료명령을 받은 사람의 동의를 받아 공공기관·민간단체 등에 치료비용 부담 능력 확인에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있습니다.

처 리 절 차

