

가습기살균제 건강피해 검사비용 지급신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일시		처리기간	14일
신청인	성명	주민등록번호		
	전화번호 또는 휴대전화번호			
	주소			
신청 내용	진찰·검사 의료기관명		진찰·검사 의료기관 소재지	
	진찰·검사 등 비용			
	은행 및 계좌번호			

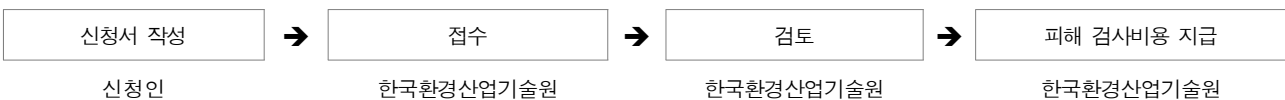
「가습기살균제 피해구제를 위한 특별법」 제10조제4항, 같은 법 시행령 제16조제2항 및 같은 법 시행규칙 제6조제1항에 따라 위와 같이 구제급여 지급결정을 위한 진찰·검사 등에 필요한 비용의 지급을 신청합니다.

년 월 일
신청인 (서명 또는 인)

한국환경산업기술원장 귀하

첨부서류	1. 구제급여 지급결정을 위한 진찰·검사 등의 비용 영수증 및 진료비 세부내역서 2. 「가습기살균제 피해구제를 위한 특별법」 제10조제2항에 따라 구제급여 지급결정을 받은 사람 또는 지급 신청자 명의의 통장 사본(계좌번호가 기재된 면을 말합니다) 3. 「가습기살균제 피해구제를 위한 특별법 시행령」 제16조제1항에 해당함을 증명하는 서류
------	--

처 리 절 차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]