

보조기기 급여 신청서

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

접수번호	접수일	처리기간	10일	
보장기관명 (기호)		의료급여 종별	[] 1종 [] 2종	
급여를 받으려는 사람	성명	주민(외국인)등록번호		
	주소	신청 보조기기명		
종합장애정도	주장애유형	주장애정도	부장애유형	부장애정도
[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애		[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애		[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제2항에 따라 위와 같이 보조기기 급여를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

급여를 받으려는 사람과의 관계

전화번호

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	「의료급여법 시행규칙」 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4서식까지에 따른 해당 보조기기 처방전 1부	수수료	없음
------	---	-----	----

정보 이용 동의서

본인은 위 보조기기 급여비의 지급 관련 정보(급여비 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 「사회보장기본법」 제37조에 따라 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리절차

