

의료서비스 지원 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시		발급일		처리기간 30일	
신청인	성명			주민등록번호			
	주소			전화번호			
진료 기관	기관명			전화번호			
	소재지						
진료 내용	진료기간						
	진료사유(병명)						
본인 부담 약제비 신청	약국명			전화번호			
	소재지						

「경북·경남·울산 초대형산불 피해구제 및 지원 등을 위한 특별법」 제21조제1항 및 같은 법 시행령 제24조제2항에 따라 위와 같이 의료서비스 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 진료비 계산서·영수증 및 진료비 세부산정내역 2. 산불로 인한 신체적·정신적 질병 및 부상과 그 후유증의 치료임을 확인할 수 있는 진단서 또는 의사소견서 3. 지원금을 지급받을 금융회사 등의 거래통장 사본	수수료 없음
------	---	--------

