

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제13호의5서식] <개정 2025. 10. 2.>
장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일시	처리기간 60일
신청인	의료기관명	요양기관 기호
	개설자(대표자)	생년월일
	기관 소재지(우편번호)	
	(전화번호:) (팩스번호:)	

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조의4제1항 및 같은 법 시행규칙 제13조의8 제2항에 따라 위와 같이 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 · 지방자치단체의
장 귀하

첨부서류	1. 별지 제13호의6서식의 인력 · 시설 · 장비 현황에 관한 서류 2. 장애친화 산부인과 운영 인력(산부인과 코디네이터, 수어통역사) 채용 관련 사실 증명 서류 3. 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정을 위하여 보건복지부장관 또는 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정하는 서류	수수료 없 음
------	--	------------

