

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제13호의10서식] <개정 2025. 10. 2.>
장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 기준 적용 완화 승인신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시				처리기간 20일					
신청인	의료기관명					요양기관 기호					
	개설자(대표자)					생년월일					
	기관 소재지(우편번호:)					(전 화 번 호 :)					
						(팩 스 번 호 :)					
신청 분야	주요 시설	외래		분만부		병동부		신생아실		이동통로	
	편의 권장 시설	접근로	장애인 주차구역	출입구	복도	계단 승강기 등	장애인 화장실	점자 블록	안내 설비	피난 설비	권장 시설
	인력										

※ 지정 기준 적용 완화 승인을 신청하는 항목에 각각 0 표시를 합니다.

적용의 완화 신청 내용

적용의 완화 신청 사유

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제13조의9제2항에 따라 위와 같이 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 기준 적용의 완화를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 · 지방자치단체의 장 귀하

첨부서류	1. 시설 기준 완화를 신청하는 경우 - 대상시설의 구조·용도 등을 알 수 있는 설계도서 1부 - 완화된 세부기준에 따른 편의시설의 설계도서 1부 - 그 밖에 대상시설의 주변 여건을 알 수 있는 서류 등 세부기준을 완화해야 하는 사유를 설명하는 서류 또는 도서 1부 2. 인력 기준을 완화를 신청하는 경우 - 인력 기준을 완화해야 하는 사유를 설명할 수 있는 서류 등	수수료 없음
------	--	--------

