

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

신청인	처리기관 시·군·구
신청서 제출	접수
통보	검토
	지급 적격여부 결정