

청소년 한부모 건강진단 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
------	-----	------	-----

수급자	성명	생년월일	
	주소(시설 소재지)		
	세대주 성명(시설명)	세대주와의 관계	

「국민기초생활 보장법」상 수급권자 또는 「한부모가족지원법」상 아동양육비 등 지원 수혜 여부

- ① 현재 기초수급권자 가구로 지원받고 있음 []
- ② 현재 「한부모가족지원법」상 아동양육비 등을 지원받고 있음 []

「한부모가족지원법」 제17조의5 및 같은 법 시행규칙 제9조의4에 따라 청소년 한부모 건강진단을 신청합니다.

년 월 일

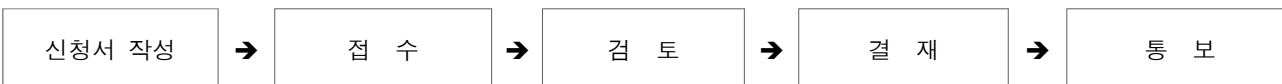
신청인(담당자) (서명 또는 인)

대상자와의 관계

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	없음	수수료	없음
------	----	-----	----

처리절차



신청인

처리기관 : 특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구
(한부모가족지원 담당부서)

신청인