

본인부담금 변경신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 7일
① 수급자	성명	생년월일	
	주소	(전화번호:)	
② 신청인	성명	생년월일	수급자와의 관계
	변경사항		변경코드
③ 변경 내용	[] 월별 건강보험료액		. . .
	[] 생계·의료급여 수급자		. . .
	[] 차상위계층		. . .
	[] 가구원 수		. . .
	[] 그 밖의 사유()		. . .

「장애인활동 지원에 관한 법률」 제33조제5항 및 같은 법 시행규칙 제40조제1항에 따라 위와 같이 본인 부담금의 변경을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	변경사항을 확인할 수 있는 서류 1부(담당 공무원이 첨부서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음할 수 있습니다)	수수료 없음
------	--	--------

작성방법

- ②: 신청인이 수급자와 다를 경우에만 작성합니다.
- ③: 변경코드란은 신청인이 작성하지 않습니다.

처리절차

