

접수번호 : 202 - _____

접수일자 : 202 - _____

사회복지적 치료비 지원 신청서

환 아 명	(성 별)	주민번호 (만연령)	- (만 세)		신 청 항 목	치료보조비	
주 소						발달	
연 락 처	부:		집:			※ 1개 영역만 지원 가능	
	모:		본인:				
진단내역	진단명: (분류코드)		진료병원:		담당의사:		
	초기진단일: (세)		재발진단: 1차) 2차)				
치료상황	<input type="checkbox"/> 항암치료(회) <input type="checkbox"/> 이식(자가이식 / 타인이식 / 회) <input type="checkbox"/> 방사선치료(회)						
	<input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 유지 / 경과관찰 <input type="checkbox"/> 치료종결 (치료종결일: 년 월 일)						
사회보장 지원여부	국민건강보험		의료급여		국민기초수급대상		
	<input type="checkbox"/> 지역보험 <input type="checkbox"/> 직장보험	<input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종 <input type="checkbox"/> 환아만 해당 <input type="checkbox"/> 가족전체 해당	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 해당 (생계급여 월 원)				
주거상황	<input type="checkbox"/> 자가 공시가)	<input type="checkbox"/> 전세 보증금)	<input type="checkbox"/> 월세 보증금/월세)	<input type="checkbox"/> 기타 ()			
경제상황	월수입) 원 (부부 소득 합산)						
	부채) 원 ※ 부채용도 <input type="checkbox"/> 주택마련자금 <input type="checkbox"/> 치료비 <input type="checkbox"/> 생계비						
가족상황	관계	성명	연령	교육정도	직업(직장)	월평균수입	비고 (다문화, 장애 등)
진료비 및 외부지원 상황	진단 후 현재까지 발생한 진료비 : 원 (치료기간 : 년 월 ~ 년 월)						
	향후 치료비 지출 예상 금액 :			원	치료비 외 양육비 : 월 원		
	보건소 :		원 (기간 :) 지원금 잔액 :		원
	후원처 :		원 (기관명 :) 지원금 잔액 :		원
	사보험 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (진단금 : 원 / 기타 보장내역 :)						

