[별지 제1호서식]

희귀질환자 의료비 지원 신청서

(앞 쪽)

<table>
<tr><td>진단정보</td><td>상병명</td><td colspan="2"></td><td>상병코드</td><td></td></tr>
<tr><td>의료보장</td><td colspan="5">[ ] 건강보험가입자 [ ] 건강보험가입자 중 차상위 본인부담금 경감대상자
[ ] 의료급여수급자 ([ ]1종/ [ ]2종)</td></tr>
<tr><td>신청구분</td><td colspan="5">[ ] 요양급여비용중 본인부담금 [ ] 보조기기구입비
[ ] 인공호흡기 대여료 [ ] 기침유발기 대여료
[ ] 간병비 [ ] 특수조제분유
[ ] 저단백즉석밥 [ ] 옥수수전분</td></tr>
<tr><td rowspan="4">등록
대상자
(환자)</td><td>성명</td><td colspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="2"></td><td>휴대폰번호</td><td></td></tr>
<tr><td>대상자
(환자)
계좌</td><td colspan="4">금융기관: 예금주: 계좌번호:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청인
(대리신청인)</td><td>성명</td><td colspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>구분</td><td colspan="2">[ ] 본인
[ ] 가족 및 친족
[ ] 보건소 공무원
[ ] 기타
(환자와의 관계:)
※ 기타 : 가족, 친족을 제외한 그 밖의 사람</td><td>전화번호</td><td></td></tr>
</table>

환자가구	환자와의 관계	성명	주민등록번호	주소	동거여부	전화번호

부양의무자 가구	환자와의 관계	성명	주민등록번호	주소	가구원수	전화번호

(뒤 쪽)

환수조치 시 안내

신청서 내용을 허위로 기재하는 등 기타 부정한 방법에 의하여 의료비를 지원받거나 타인으로 하여금 지원받게 할 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 합니다.

확인(√ 체크) [ ]

유의사항

- 본인 및 부양의무자의 소득 및 재산상황 등의 조사에 적극적으로 협조하여야 하며, 조사를 2회 이상 거부, 방해, 기피할 경우에는 신청서가 반려되거나 지원 대상자 결정이 취소될 수 있습니다.
- 희귀질환자 의료비 지원사업 신청을 위해 작성 · 제출하신 서류는 반환되지 않습니다.

확인(√ 체크) [ ]

지원개시일

- '지원신청일'이 '지원개시일'이며, '지원신청일' 이전에 사용된 의료비는 소급하여 지원하지 않습니다.

확인(√ 체크) [ ]

본인(대리신청인 포함)은 환수조치 시 안내, 유의사항, 지원개시일에 대하여 안내 받았음을 확인하며, 위와 같이 희귀질환자 의료비지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

보건소장 귀하

환자 제출서류	1. 최근 3개월 이내에 발급된 진단서 2. 장애정도 확인 서류 사본(해당자에 한함) 3. 최근 3개월 이내에 발급된 가족관계증명서(상세) : 환자를 기준으로 제출 4. 임대차계약서(해당자에 한함) 5. 자동차보험계약서(보건소에서 확인이 불가능한 경우에 한하여 제출) 6. 지원대상자(환자)의 통장사본 7. 건강보험 자격확인은 보건소에서 '행정정보공동이용'을 통해 확인 (보건소에서 확인이 불가능한 경우 건강보험증 사본을 요청할 수 있음)
부양의무자 제출서류	1. 최근 3개월 이내에 발급된 가족관계증명서(상세) : 부양의무자를 기준으로 제출 2. 임대차계약서 3. 자동차보험계약서(보건소에서 확인이 불가능한 경우에 한하여 제출)
부양의무자 제출서류 (부양의무자 소득·재산조사 면제자)	1. 기초연금 수급자 확인서(해당자에 한하여 제출) 2. 장애인연금 대상자 확인서(해당자에 한하여 제출) 3. 차상위계층 확인서(해당자에 한하여 제출) 4. 한부모가족 증명서(해당자에 한하여 제출)
보건소 담당자 확인 서류	1. 사회보장 자격확인(건강보험, 차상위 본인부담경감) : 행정정보 공동이용 우선 확인 2. 국민기초생활수급자 증명서(의료급여 등) : 행정정보 공동이용 우선 확인 3. 주민등록등본 : 행정정보 공동이용 우선 확인 4. 자동차보험계약서 등 소득·재산관계 서류(해당자에 한함) : 차세대 사회보장정보시스템 우선 확인 5. 금융·재산관계 서류(해당자에 한함) : 차세대 사회보장정보시스템 우선 확인 ※ 보건소 담당자 확인서류는 보건소 담당자가 확인할 수 없는 경우 제출을 요구할 수 있음

[별지 제2호서식]

환자가구 및 부양의무자가구 소득 · 재산 신고서

* 아래 소득, 재산, 부채 사항 중 음영부분은 정보시스템을 통한 조회 결과가 적용될 수도 있습니다.

가구원 성명[1]					
소득사항	근로소득	상시근로	원	원	원	원
		일용근로	원	원	원	원
	사업소득	농업소득 (주재배작물명)	원 ( )	원 ( )	원 ( )	원 ( )
		임업소득	원	원	원	원
		어업소득	원	원	원	원
		기타(자영업)	원	원	원	원
	재산소득	임대소득	원	원	원	원
		이자소득	원	원	원	원
		연금소득	원	원	원	원
	기타소득	정기지원 사적이전소득 (□무료임대)	원	원	원	원
		공적이전소득[2]	원	원	기타 (지자체지원금등)	원

재산사항					
	건축물 (주택, 건물, 시설물)	원	토 지	원	
	선 박	원	입목 재산	원	
	항공기	원	어업권	원	
	자동차	□ 자동차명( )	□ 용도(생업용/장애인용/자가용)		
	임차보증금	□ 전·월세보증금(원)	□ 상가보증금(원)	□ 기타(원)	
	금융재산	원			
	동산	□ 소(마리, 원) □ 돼지(마리, 원) □ 기타가축(마리, 원) □ 종묘(원) □ 기계 · 기계류(원) □ 기타(원)	분양권	원	
			조합원 입주권	원	
			회원권	원	
	기타 재산	소계(A-(B+C+D))	원		
		(A) 증여하거나 처분한 재산가액	원		
		(B) 다른 재산의 구입액	원		
		(C) 부채 상환액	원		
		(D) 의료비 등 개별가구원이 소비한 금액	원		

부채				
	금융기관 대출금	원	금융기관 외 기관대출금	원
	임대보증금	원		
	개인간 부채	□ 판결문·화해·조정조서에 의한 사채(원)		

가구특성 지출비용[3]	
	□ 3개월 이상 지속적으로 지출한 월평균 의료비 (원)
	□ 「자동차손해배상 보장법」의 재활보조금 (원)
	□ 본인부담분 국민연금보험료의 75%에 해당하는 금액 (원)

위와 같이 소득 · 재산 내역을 신고합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장(보건소장) 귀하

---

1) 환자가구는 가구원 전체 성명, 부양의무자가구는 가구원 중 소득재산조사 대상자 성명

2) 공적이전소득 : 법령 등에 따라 정기적으로 지급되는 각종 수당·연금·급여·기타 금품

3) 가구특성지출비용 : 소득평가액 산정 시 제외되는 가구특성 지출비용이 되는 금품

[별지 제3호서식] [앞면]

금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서

1. 지원대상자 인적사항 ※ **유의사항 : 대상자도 2.금융정보 등 제공 동의자에 작성하여야 합니다.**

	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)
대상자		-

2. 금융정보 등 제공 동의자(의료비 지원을 받으려는 자) : 환자 포함 작성

※ 유의사항 : 인감으로 동의할 경우 인감증명서 제출이 필요합니다. 동의자가 미성년자인 경우 친권자 등 보호자의 자필 한글 정자 서명 또는 무인(인감 포함)으로 대신합니다.

대상자와의 관 계	동의자 성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	금융정보 등의 제공을 동의함[1),2)] (한글정자 서명 또는 무인·인감)	금융정보 등의 제공 사실을 동의자에게 통보하지 아니함[3)] (한글정자 서명 또는 무인·인감)
		-		
		-		
		-		
		-		

1) 지원대상자 선정에 필요한 금융재산조사를 위하여 금융기관 등이 복지대상자 또는 부양의무자의 금융정보 등을 보건복지부장관, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(관련법에 따른 위탁 업무수행기관장 포함, 이하 '보건복지부장관 등' 이라 한다)에게 제공하는 것에 동의합니다.

2) 보건복지부장관 등이 별지 제1호서식 구비서류로 제출된 통장계좌번호의 진위 여부 확인을 요청하는 경우 금융기관 등이 계좌 명의자의 성명, 주민등록번호, 계좌번호를 제공하는 것에 동의합니다.

3) 금융기관이 금융정보 등을 보건복지부장관 등에게 제공한 사실을 동의자에게 통보하지 아니하는 데에 동의합니다.(만일 동의하지 않으면, 금융기관 등이 금융정보 등의 제공사실을 정보제공 동의자 개인에게 우편으로 송부하게 됩니다.)

3. 금융정보 등의 제공 범위, 대상 금융기관 등의 명칭 : 뒷면 참조

4. 금융정보 등의 제공 동의 유효기간 : 동의서 제출 후 신청 서비스 자격 결정전까지, 자격 취득한 경우에는 정기재조사 기한 만료 전까지

5. 정보제공 목적 : 「희귀질환관리법」에 따른 지원대상자 선정 지원 및 별지 제1호서식 구비서류로 제출된 통장계좌번호의 진위여부 확인

년 월 일

금융기관장 • 신용정보집중기관장 귀하

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

[뒷면]

금융기관 등의 명칭

1.「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융기관
 1) 은행: 우리은행, 국민은행, SC제일은행, 하나은행, 한국외환은행, 신한은행, 한국씨티은행, 대구은행, 부산은행, 광주은행, 제주은행, 전북은행, 경남은행, 홍콩상하이은행, 한국산업은행, 기업은행
 2)「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 종합금융회사, 신탁업자, 집합투자업자, 투자일임업자
 3)「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행과 그 중앙회
 4)「농업협동조합법」에 따른 지역농업협동조합, 지역축산업협동조합, 품목별·업종별협동조합과 그 중앙회
 5)「수산업협동조합법」에 따른 지구별수산업협동조합, 업종별수산업협동조합, 수산물가공수산업협동조합과 그 중앙회
 6)「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합과 그 중앙회
 7)「새마을금고법」에 따른 새마을금고와 그 연합회
 8)「증권거래법」에 따른 증권회사·증권금융회사·중개회사 및 명의개서대행회사
 9)「보험업법」에 따른 보험사업자
 10)「우체국 예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서
 11)「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령」 제2조에 따른 기관

2.「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제25조에 따른 신용정보집중기관: 전국은행연합회 등

금융정보등의 범위

1. 금융정보
 1) 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 외화예금 등 요구불 예금 : 최근 3개월 이내의 평균 잔액
 2) 정기예금, 정기적금, 정기저축 등 저축성예금 : 예금의 잔액 또는 총 불입액
 3) 주식, 수익증권, 출자금, 출자지분, 부동산(연금)신탁 : 최종 시세가액. 이 경우 비상장주식의 가액 평가는「상속세 및 증여세법 시행령」 제54조제1항을 준용합니다.
 4) 채권, 어음, 수표, 채무증서, 신주인수권증서, 양도성예금증서 : 액면가액
 5) 연금저축 : 정기적으로 지급된 금액 또는 최종 잔액
 6) 1)부터 5)까지에 해당하는 금융재산에서 발생하는 이자, 배당 또는 할인액

2. 신용정보
 1) 대출 현황 및 연체 내용
 2) 신용카드 미결제금액

3. 보험정보
 1) 보험증권 : 해약하는 경우 지급받게 될 환급금 또는 최근 1년 이내에 지급된 보험금
 2) 연금보험 : 해약하는 경우 지급받게 될 환급금 또는 정기적으로 지급되는 금액

유의 사항

○ 이 동의서는「희귀질환관리법」 제12조제1항에 따라 희귀질환자 의료비 지원 신청 시 제출합니다.

○ 동의자(의료비지원을 받으려는 자)의 금융정보등은「희귀질환관리법」 제13조에 따라 지원대상자 선정 및 급여 지급 계좌 유효성 확인을 위한 금융재산조사 목적 외에 다른 용도로 사용하거나 다른 사람 또는 기관에 제공되지 아니하며, 이를 위반한 자에 대하여「희귀질환관리법」 제24조에 따라 벌칙규정을 적용합니다.

[별지 제4호서식]

희귀질환자 의료비 지원사업 등록 개인정보 처리 동의서(환자용)

성 명	
주 소	
연 락 처	

질병관리청은 희귀질환자 의료비 지원사업 등록과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용·제공하고자 합니다. 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

■ 개인정보 수집·이용 내역

1. 개인정보 수집・이용 목적

- 희귀질환자 의료비 지원사업 정책 및 사업 운영(만족도 조사, 서비스 개선 등)에 필요한 경우 활용
- 희귀질환자 의료비 지원사업 대상자 관리
- 진단 및 유관지원사업에 필요한 경우 활용

2. 수집하려는 개인정보의 항목

- (필수) 성명, 주소, 연락처(전화번호/휴대폰번호)

3. 개인정보 보유 및 이용기간 : 작성일로부터 2년

※ 개인정보 수집・이용 동의를 거부할 권리가 있으며 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비 지원사업 대상자에서 제외됩니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

(필수) 개인정보[1] 수집·이용 동의	□예 □아니요

■ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 자	제공 목적	항목	보유기간
보건복지부	**국가정책 및 유관사업 등에 활용**	성명, 주소, 연락처	**2년**
국립장기조직혈액관리원	**대상자 자격관리 등에 활용**	성명, 주민등록번호	**2년**

※ 위 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비지원사업 대상에서 제외될 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까?

제3자 제공 동의	□예 □아니요

■ 법정대리인 동의 (만 14세 미만인 경우 개인정보보호법 제22조 제6항에 의거 법정대리인의 동의가 필요합니다.)

법정대리인 성명	연락처	관계
(인/서명)		

※ 희귀질환자 의료비 지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 외 제3자에게 제공되거나 이용되지 않습니다.

위의 사항을 확인 합니다.

년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

( ) 특별자치시장・ 특별도지사・시장・군수・구청장(보건소장) 귀하

1) 개인정보보호법 제2조에 의한 “개인정보”란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함)를 말함(성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호)

[별지 제5호서식]

소득재산정보 제공 동의서

1. 정보제공의 범위와 사용목적

○ 정보제공 범위

– 조사기준일 동의자 명의의 소득 및 재산 내용

○ 사용목적 : 희귀질환자 의료비 지원사업 지원대상자 선정을 위한 자산조사

2. 소득재산정보 제공 동의자

○ 환자 인적사항

환자 성명	주민등록번호	주 소	동의확인 (서명)	행정정보 공동이용 사용동의[1]
			인	□

○ 동의자 범위(조사대상자 범위) : 환자가구, 환자의 부양의무자가구

동의자 성명	주민등록번호	주 소	동의확인 (서명)	행정정보 공동이용 사용동의
			인	□
			인	□
			인	□
			인	□
			인	□

3. 동의서의 유효기간 : 작성일로부터 2년 뒤 소득재산조사 시행 년도 말

4. 동의서의 작성년월일 : 년 월 일

5. 정보를 제공받을 기관명 : _____시 _____구·군 보건소

1. 개인정보 활용 목적

동 신청서를 접수한 **보장기관의 장이「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.**

2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위

인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(기초생활보장은 본인, 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자 정보, 영유아 및 한부모 가족은 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 노인 및 장애인은 본인 및 배우자 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 **정기적으로 관계기관에 요청**하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 **조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.**

3. 개인정보 보유 및 파기

같은 법 제34조에 따라 **5년간 보유**하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 **파기함을 고지합니다.**

위의 사항을 확인 합니다.

년 월 일

동의자(환자가구) _____ (서명 또는 인)

_____시 통합조사팀 **귀하**

<안내 및 유의사항>

○ 의료비지원대상자 또는 부양의무자가 이 동의서 제출을 2회 이상 거부·기피할 경우 지원대상 자격 박탈

○ 동의자(환자, 환자가구원 및 부양의무자)의 소득 및 재산 정보 등은 희귀질환자 의료비지원사업 지원대상자 선정을 위한 목적 외에 다른 용도로 사용하거나 다른 사람 또는 기관에 제공되지 않습니다.

---

1) 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

[별지 제8호서식]

행정정보 공동이용 사전동의서

1. 이용기관 명칭 : 북구보건소

2. 이용사무(이용목적) : 희귀질환자 의료비지원 사업

3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명	연번	행정정보명
1	건강·장기요양 보험료납부확인서(지역가입자)	2	건강·장기요양 보험료납부확인서(직장가입자)
3	건강보험 자격확인서	4	주민등록표 등·초본
5		6	

※ 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법」 시행령 제19조에 따라 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우 기재하여 주십시오.(필요시 기재사항)

(□주민등록 □여권 □외국인등록 □운전면허) 번호 :

4. 정보주체(본인) 동의사항

○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일

대상자 본인 성 명 : (서명 또는 인)

생년월일 :

전화번호 :