

[서식 2-5] 치매 검사비 지원 신청서

치매검사비 지원 신청서

등록센터		등록번호	
대상자	성명	주민등록번호	
	등본주소지		
	실거주지		
	연락처	자택 :	휴대전화 :
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()	
	대리 동의 사유	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()	
	성명		
	연락처		
지원 내용		<input type="checkbox"/> 진단검사1단계 <input type="checkbox"/> 진단검사2단계 <input type="checkbox"/> 감별검사	
협약병원	병원명	검사일자	
	담당자	연락처	
개인정보 제3자 제공 동의 ※ 등록된 치매안심센터에서 검사비 지원이 불가능한 경우 필수 기재	제공항목	대상자의 주민등록번호(외국인등록번호), 등본주소지 및 거주지 주소, 성명, 성별, 연락처, 나이, 치매검사이력 및 결과, 안심등록번호 등	
	제공목적	치매검진비 지원여부 결정 및 지원	
	제공받는 기관	주소지 관할 치매안심센터(보건소)	
	동의여부	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 ※ 미동의할 경우 검사비 지원 불가	
위와 같이 치매검사비 지원을 신청합니다. 년 월 일 신청자 : (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하			

- 1) 본인(대상자)이 신청하는 경우**
 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4)
 확인사항: 대상자 신분증
- 2) 가족·후견인·재직자가 대리신청하는 경우**
 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입소확인서
 - (병원재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입원확인서
 * 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서류(진단서 또는 소견서 등)를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능
- 3) 가족·후견인·시설 및 병원 재직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우**
 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
 ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
 ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
 ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미