

()본당 회귀난치병환자 지원금 신청서

주의사항 : 가능한 모든 항목에 표시(√)해주세요. 빈 항목이 있을 시에는 심사 때 감점될 수도 있습니다.

인적 사항	환자명					<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	생년월일	. . (세)		연락처	☎ H.P	
	주 소					
	진단명 (최종진단)		진단일	년 월 일	진료병원	
	가족형태	<input type="checkbox"/> 부모 (양친·편부·편모·기타) <input type="checkbox"/> 소년소녀가장 <input type="checkbox"/> 조손가정 (할머니와 할아버지·할머니·할아버지) <input type="checkbox"/> 기타				
가족 사항 ()명	관계	이름(세례명)	생년월일	직업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	가구월평균 소득		월소득 원	주 소득원(대상)		
			생계급여 (정부지원)	원		
	부채상태	<input type="checkbox"/> 유 (원) / <input type="checkbox"/> 무				
	근로 여부	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 계약직, 일용직 <input type="checkbox"/> 무				
	주거상태	<input type="checkbox"/> 자가 (구입금액 원) <input type="checkbox"/> 전세 (전세금 원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금 원, 월 원) <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타 (거주 실태 직접 기입)				
구체적 상황 기재	치료비 현황	- 현재까지 발생한 치료비 : 만원 (기간: 년 월 일 ~ 년 월 일) - 완치까지 치료비 예상액 : 만원 - 총치료비 : 만원				
신청인 일반사항		신청인명	전화번호			
		휴대전화	e-mail			
첨부서류 : 1. 진단서 및 소견서 2. 진료비 영수증(진단 후 또는 장기치료 환우 경우 1년간 영수증) 3. 본당통장계좌번호 201 년 월 일 신청인 : (인 혹은 서명) 본당주임신부 : (인 혹은 서명)						