

접수번호:

### 의료사각지대 저소득 의료지원(무릎 및 어깨 인공관절 등 수술) 신청서

지원 대상자	성명		생년월일	
	주소			성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	전화번호		휴대폰	
신청자	성명		관계	
	전화번호		휴대폰	

※ 해당란에 표기

직계가족 현황	<input type="checkbox"/> 독거(1인 가구) <input type="checkbox"/> 배우자, <input type="checkbox"/> 자녀 ( )명		
의료종별	<input type="checkbox"/> 의료급여1종 <input type="checkbox"/> 의료급여2종 <input type="checkbox"/> 건강보험(지역 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 기타( )		
건강보험 납부금액	<input type="checkbox"/> 직장 건강보험 :		원 /월
	<input type="checkbox"/> 지역 건강보험 :		원 /월

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 의료지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리인) :

(서명 또는 인)

인천서구노인복지관장 귀중

※ 구비서류

- ① 지원 신청서(정보이용제공동의서)
- ② 수급자증명서 또는 건강보험료 납부확인서
- ③ 진료의뢰서(의료급여 환자에 한함.)
- ④ 진료소견서 혹은 진단서

