

HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원 신청서

처리기한

10일

접수번호	*이 부분은 접수 보건소가 기재합니다.		접수일자
신청인	성명	주민등록번호	
	전화번호	대상자와의 관계	
	주소(읍·면·동 까지 기재)	휴대전화 또는 이메일	
<input type="checkbox"/> 신청인과 동일			
지원대상자	성명	주민등록번호	
	주소(읍·면·동 까지 기재)	(외국인의 경우 외국인등록번호 또는 여권번호)	
진료기관정보	진료기관 명	(진료과)	
	주치의 (성명)		
의료보장 종류	<input type="checkbox"/> 직장·지역 건강보험 (<input type="checkbox"/> 직장가입자 <input type="checkbox"/> 지역가입자) <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 (<input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종 <input type="checkbox"/> 차상위본인부담금 경감대상자) <input type="checkbox"/> 기타 ()		
지급신청액	미기재 (검사비, 약제비 영수증 등 증빙자료로 같음)		
지급계좌	(은행명 :)	예금주	

「후천성면역결핍증 예방법」 제22조 제1호제4호에 따라 HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비를 위와 같이 신청합니다.

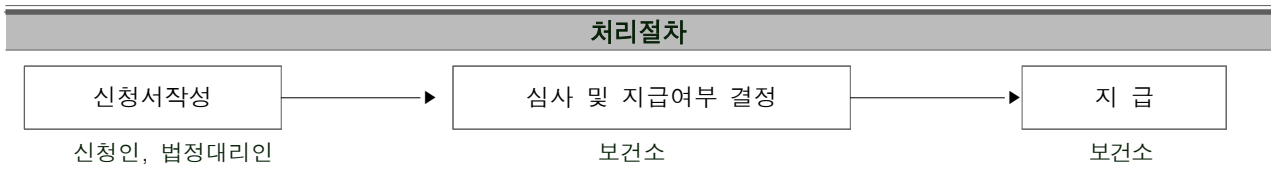
년 월 일
(서명 또는 인)

신청인

시·군·구 보건소장 귀하

신청인 제출서류	1. 지원 신청서 1부 (최초 1회만 제출, 모든 신청인 해당) 2. 검사비, 약제비 영수증, 진료비 세부 산정 내역 등 증빙자료 1부 (영수증은 원본 제출) 3. 본인명의 통장사본 1부 (최초 1회만 제출, 모든 신청인 해당)	수수료 없음
제출방법	방문 제출, 등기우편 제출	
보건소 확인사항	1. 신청인 본인 여부 확인 (신청인과 지원 대상자가 다른 경우 신청인 적격성 여부 확인) 2. 지원 대상자 본인의 「개인정보·민감정보 수집·이용 동의」 서명 확인 후 접수 * 단, 14세 미만 미성년자의 경우 부모, 그 외 경우 법정대리인이 지원 대상자를 대신해 서명 가능	

HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원을 위한 개인정보·민감정보 수집·이용·제공	동의
<p>본인은 「후천성면역결핍증 예방법」 제22조제1호제4호에 따른 HIV/AIDS 진료비용(HIV 검사비, PrEP 약제비·검사비) 지원 업무 처리를 위해 「후천성면역결핍증 예방법」 시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의처리) 및 「개인정보보호법」 제15조제1항에 따른 개인정보·민감정보의 수집·이용 및 이에 기초한 정보 수집에 동의합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 수집정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처 <input type="checkbox"/> 수집 이용기관: 질병관리청, 시군구 보건소</p> <p><input type="checkbox"/> 개인정보의 보유 및 이용기간: HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원 종료시까지</p> <p><input type="checkbox"/> 동의를 거부할 수 있으나 거부할 경우 검사비 및 약제비 지원이 제한됩니다.</p> <p>※ 수집된 개인정보는 HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원, 통계처리 업무에만 이용되며 「개인정보보호법」 및 「후천성면역결핍증 예방법」 제7조(비밀누설금지)에 따라 엄격히 관리됩니다.</p>	(서명)



210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]