

등록번호	
------	--

치매치료관리비 지원 신청서

대상자	성명		주민등록번호	-
	주소			
	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 (* 본인 이외 신청 시에만 작성)	<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			
* 소득조사, 계좌지급요류 등 연락두절 상황에 대비하여 보호자 연락처 2개 이상 기재				
가족1	성명			
	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"/> 친인척()		
	연락처	자택 :	휴대전화 :	
가족2	성명			
	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"/> 친인척()		
	연락처	자택 :	휴대전화 :	
* 해약계좌, 압류계좌, 타행이체거래불가계좌, 행복지킴이통장(압류방지통장)은 등록 불가				
계좌정보	<input type="checkbox"/> 지원대상자	은행:	계좌번호:	
	<input type="checkbox"/> 비용관리자	예금주명:	(대상자와의 관계:)	
위와 같이 치매치료관리비 지원을 신청합니다.				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 신청자 : 년 월 일 (서명 또는 인) </div>				
군산시 치매안심센터장 귀하				

1) 본인(대상자)이 신청하는 경우

- 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4)
- 확인사항: 대상자 신분증

2) 가족·후견인·제직자가 대리신청하는 경우

- 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)*
- 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설제직자) 신청자의 제직증명서 및 대상자 입소확인서
 - (병원제직자) 신청자의 제직증명서 및 대상자 입원확인서
- * 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능

3) 가족·후견인·시설 및 병원 제직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우

- 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4), 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

신청자 소득기준 조사결과 * 작성하지 마세요			지원 기준액(원)	적합 여부	공단
가구원 수	건강보험료부과액(원)	보험 유형			전산
					통보