HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원 신청서

처리기한
30일

접수번호	*이 부분은 접수 보건소가 기재합니다.	접수일자

신청인	성명	주민등록번호
	전화번호	대상자와의 관계
	주소(읍·면·동 까지 기재)	휴대전화 또는 이메일

☐ 신청인과 동일

지원대상자	성명	주민등록번호 (외국인의 경우 외국인등록번호 또는 여권번호)
	주소(읍·면·동 까지 기재)	

진료기관정보	진료기관 명	(진료과)
	주치의 (성명)	

의료보장 종류	☐ 직장·지역 건강보험 (☐ 직장가입자 ☐ 지역가입자) ☐ 의료급여수급자 (☐ 1종 ☐ 2종 ☐ 차상위본인부담금 경감대상자) ☐ 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

신청인 (서명 또는 인)

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) * 단, 서류를 제출한 보건소가 변경 될 경우 지원 신청서 및 통장사본은 변경된 보건소에 다시 제출	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
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. ☐ 수집정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처 ☐ 수집 이용기관: 질병관리청, 시군구 보건소 ☐ 개인정보의 보유 및 이용기간: HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원 종료시까지 ☐ 동의를 거부할 수 있으나 거부할 경우 검사비 및 약제비 지원이 제한됩니다. ※ 수집된 개인정보는 HIV/AIDS 검사비 및 PrEP 약제비·검사비 지원, 통계처리 업무에만 이용되며 「개인정보보호법」 및 「후천성면역결핍증 예방법」 제7조(비밀누설금지)에 따라 엄격히 관리됩니다.	(서명)

처리절차

신청서작성	→	심사 및 지급여부 결정	→	지 급
신청인, 법정대리인		보건소		보건소

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]