[서식 2-4] 치매 검사비 지원 신청서

치매검사비 지원 신청서

등록센터		등록번호	

대상자	성명		주민등록번호	
	등본주소지			
	실거주지			
	연락처	자택 :	휴대전화 :	
신청자	신청자 구분	□본인 □대리인		
	대상자와의 관계	□배우자 □딸 □아들 □손자 □손녀 □사위 □며느리 □형제 □부 □모 □조부 □조모 □친인척( ) □성년후견인 □친구 □이웃 □간병인 □기타( )		
	대리 동의 사유 ※ 본인 이외 신청 시에만 작성	□신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 □본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 □기타( )		
	성명			
	연락처			
지원 내용		□진단검사1단계 □진단검사2단계 □감별검사		
협약병원		병원명		검사일자
		담당자		연락처
개인정보 제3자 제공 동의 ※ 등록된 치매안심센터에서 검사비 지원이 불가능한 경우 필수 기재		제공항목	대상자의 주민등록번호(외국인등록번호), 등본주소지 및 거주지 주소, 성명, 성별, 연락처, 나이, 치매검사이력 및 결과, 안심등록번호 등	
		제공목적	치매검진비 지원여부 결정 및 지원	
		제공받는 기관	주소지 관할 치매안심센터(보건소)	
		동의여부	□동의 □비동의 ※ 비동의할 경우 검사비 지원 불가	

위와 같이 치매검사비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청자 : (서명 또는 인)

( ) 치매안심센터장 귀하

1) 본인(대상자)이 신청하는 경우
- 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4)
- 확인사항: 대상자 신분증

2) 가족·후견인·재직자가 대리신청하는 경우
- 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)*
- 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
  - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
  - (후견인) 후견등기사항증명서
  - (시설재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입소확인서
  - (병원재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입원확인서

* 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능

3) 가족·후견인·시설 및 병원 재직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우
- 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4), 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