

등록번호	
------	--

대상자	성명	
	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 시 에만 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	
	<b>※ 소득조사, 계좌지급오류 등 연락두절 상황에 대비하여 보호자 연락처 2개 이상 기재</b>	
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 :
<b>※ 해약계좌, 압류계좌, 타행이체거래불가계좌, 행복지킴이통장(압류방지통장)은 등록 불가</b>		
계좌정보	<input type="checkbox"/> 지원대상자	은행:                      계좌번호:
	<input type="checkbox"/> 비용관리자	예금주명:                      (대상자와의 관계:                      )
위와 같이 치매치료관리비 지원을 신청합니다.		
년          월          일		
신청자 :                      (서명 또는 인)		
(                      ) 치매안심센터장 귀하		

- 1) 본인(대상자)이 신청하는 경우
    - 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4)
    - 확인사항: 대상자 신분증
  - 2) 가족·후견인·재직자가 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
      - (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: 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