

비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 비용 지원 신청서

신청인	성명		생년월일	
	연락처		사업 등록번호	사업단 작성
	주소(등본상)			
분만(예정)일		검사일시		
검사 사유	<input type="checkbox"/> 35세 이상 고령 임신부			
	<input type="checkbox"/> 임신 초기 검사에서 기형아 검사 고위험군 임신부			
	<input type="checkbox"/> 기타 의학적으로 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT)가 필요한 임신부 (사유: _____)			
고지의무	타 의료비 신청	<input type="checkbox"/> 예 (지원금액 _____)		<input type="checkbox"/> 아니오
신청경로	<input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 지인추천 <input type="checkbox"/> 보건소추천 <input type="checkbox"/> 현수막 <input type="checkbox"/> 기타			
환수조치 동의	상기 고지사항에 허위의 사실이 있거나 타 국가 의료비 지원을 받은 경우, 기타 거짓 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 제 347조에 의하여 형사상 처벌을 받을 수 있습니다.			
	동의자 :			(서명 또는 인)

위와 같이 「분만취약지 임신부 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT)」 비용 지원을 신청합니다.

신청일	20
신청인	(서명 또는 인)
신청인과의 관계	

지원기준	① 안전한 출산 인프라 구축 사업단 등록 임신부로 35세 이상 고령 임신부 ② 안전한 출산 인프라 구축 사업단 등록 임신부로 임신 초기 검사에서 기형아 검사 고위험군 판정을 받고 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT)가 필요한 임신부 ③ 이외 사업단장이 인정하는 의학적으로 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT)가 필요한 임신부				
신청 시 구비 서류	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">본인 신청</td> <td> 1. 분만취약지 임신부 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 결과서 4. 통장 사본 및 신분증(현재 거주지) 사본 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">보호자 신청</td> <td>가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)</td> </tr> </table>	본인 신청	1. 분만취약지 임신부 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 결과서 4. 통장 사본 및 신분증(현재 거주지) 사본	보호자 신청	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)
본인 신청	1. 분만취약지 임신부 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT) 결과서 4. 통장 사본 및 신분증(현재 거주지) 사본				
보호자 신청	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)				
유의사항	- 제출된 서류는 심의 완료 후에도 일체 반환되지 않습니다. - 선정위원회 심의 결과에 따라 지원을 받지 못할 수도 있습니다.				



