

분만취약지 임산부 양수 염색체 확진 검사 비용 지원 신청서

신청인	성명		생년월일	
	연락처		사업 등록번호	사업단 작성
	주소(등본상)			
분만(예정)일		검사일시		
검사 사유	아래 지원기준에 해당하는 번호 작성		지원 기준 _____에 해당	
	지원기준 ⑨에 해당하는 임산부는 기타 사유를 작성해주세요. (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 임산부 양수 염색체 확진 검사」 비용 지원을 신청합니다.

신청일	20
신청인	(서명 또는 인)
신청인과의 관계	

지원기준	안전한 출산 인프라 구축 사업단 등록 임산부만 지원 가능 ① 만 35세 이상 고령 임신부 ② 과거에 염색체 이상의 태아를 분만한 적이 있는 임신부 ③ 임신부, 남편 또는 가족 중에서 염색체 혹은 선천성 기형이 있는 임신부 ④ 원인 모르는 사산아를 출산한 과거력이 있는 임신부 ⑤ 분만 시 나이가 31세 이상이면서 쌍태아를 임신한 경우 ⑥ 초음파 소견상 태아의 구조적 이상이 발견된 임신부 ⑦ 풍진, 사이토메갈로바이러스(CMV) 등의 감염 여부 확인이 필요한 임신부 ⑧ 기형아 선별 모체 혈청검사 또는 비침습적 산전 유전자 선별검사(NIPT)에서 고위험군 판정을 받고 양수 염색체 검사가 필요한 임신부 ⑨ 이 외 사업단장이 인정하는 의학적으로 양수 염색체 검사가 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. 양수 염색체 확진 검사 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 양수 염색체 확진 검사 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. 양수 염색체 확진 검사 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 양수 염색체 확진 검사 결과서 4. 통장 사본 및 신분증(현재 거주지) 사본	보호자 신청	가족관계증명서, 보호자 신분증 사본(추가 제출)
본인 신청	1. 양수 염색체 확진 검사 비용 지원 신청서 2. 진료비 세부내역서 3. 양수 염색체 확진 검사 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.				



개인정보 수집·이용, 고유식별정보 처리 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집·이용에 관한 사항
<p><input type="checkbox"/> 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 개인정보보호법 제23조(민감정보의 처리 제한), 개인정보보호법 제21조(개인정보의 파기), 보조금 관리에 관한 법률</p> <p>개인정보보호법 제15조, 제23조에 의거 개인정보(민감정보)를 수집·이용할 경우 정보주체가 제공을 원하지 않을 경우 동의하지 않을 수 있으며 동의하지 않을 경우 의료비 지원 신청이 불가함을 알려드립니다.</p> <p>가. 개인(민감)정보의 수집·이용목적</p> <ul style="list-style-type: none">- 신청자 본인확인- 지원대상자 선정 및 관리- 의료비 지원사업 통계자료 활용 등 <p>나. 보유·이용기간</p> <ul style="list-style-type: none">- 신청 접수일로부터 5년간 보관 후 파기
개인정보 수집·이용에 관한 사항
<p>■ 개인(식별)정보</p> <ul style="list-style-type: none">- 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 계좌번호, 사업등록번호 등 <p>※ 본인은 위와 같이 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>
민감정보 수집·이용에 관한 사항
<p>■ 민감정보(건강정보): 의료적 상황에 관한 정보 및 증빙 서류</p> <ul style="list-style-type: none">- 의료기관명, 진료기록, 검사결과 등 <p>※ 본인은 위와 같이 본인의 민감정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>
고유식별정보의 처리에 관한 사항
<p><input type="checkbox"/> 개인정보보호법 제24조(고유식별정보의 처리제한)</p> <p>개인정보보호법 제24조에 의거 고유식별정보를 처리할 경우 정보주체의 동의를 받아야 합니다. 고유식별번호 처리를 원하지 않을 경우 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않을 경우 의료비 지원 신청이 불가함을 알려드립니다.</p> <p>■ (수집·이용목적) 신청자 본인확인, 지원금 지급 시 본인 명의 계좌 진위 여부 확인</p> <p>■ (수집항목) 주민등록번호</p> <p>■ (보유·이용기간) 신청 접수일로부터 5년간 보관 후 파기</p> <p>※ 본인은 위와 같이 본인의 고유식별번호를 처리하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>
개인정보 제3자 제공 동의
<p><input type="checkbox"/> 개인정보 보호법 제17조(개인정보의 제공)</p> <ul style="list-style-type: none">■ (제공받는 기관) 강원특별자치도, 보건소 및 보건의료원, 강원대학교병원■ (개인정보를 제공 받는 기관의 개인정보 이용 목적) 의료비 지원 관련 심사■ (제공되는 개인정보 항목) 성명, 생년월일, 주소, 연락처■ (보유 및 이용 기간) 신청 접수일로부터 5년간 보관 후 파기■ (동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 제한사항) 귀하는 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 동의를 거부할 경우 의료비 지원 신청이 불가함을 알려드립니다. <p>※ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p>

※ 본인은 고위험 임산부 의료비 지원 관련 '개인정보보호법'등 관련 법규에 의거하여 개인정보 수집·이용 및 제공 동의 여부에 관하여 이해하고, 작성하였음을 확인합니다.

20 년 월 일

성명 : 서명 또는 (인)

분만 취약지 안전한 출산 인프라 구축 사업단 귀하