

[서식 제1호] 임신 사전건강관리 지원 신청서

임신 사전건강관리 지원(필수 가임력 검사비 지원) 신청서

| | |
|---|--|
| 신청인 정보 (<input type="checkbox"/> 여성 / <input type="checkbox"/> 남성) | |
| 성명 | 주민등록번호(외국인등록번호) - |
| 주소 | |
| 연락처(핸드폰) | E-mail |
| 혼인관계 <input type="checkbox"/> 미혼 / <input type="checkbox"/> 법률혼 / <input type="checkbox"/> 사실혼 / <input type="checkbox"/> 예비부부 | 사업 참여 횟수(지원받은 횟수) <input type="checkbox"/> 최초(0회) <input type="checkbox"/> 1회 / <input type="checkbox"/> 2회 |

| | | |
|--|--|------------------------------|
| 신청자 대상 설문 *선택사항이나, 사업의 필요성·지속성 평가 및 개선을 위한 기초자료로 사용될 예정이오니 응답을 요청드립니다. | | |
| (1) 혼인 | 혼인기간 (예: (법률혼, 사실혼) 2년, 5개월, (예정자) 3개월 후 등) () | |
| (2) 자녀 | 현재 자녀 수 (없는 경우 0명) (명) | 추가 자녀 계획 (미정인 경우 0명) (명) |
| (3) 인지경로 | <input type="checkbox"/> 언론보도 <input type="checkbox"/> 인터넷(블로그, 카페 등) <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 보건소, 의료기관 등 <input type="checkbox"/> 지인 권유 <input type="checkbox"/> 기타() | |

임신 사전건강관리 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

여주시보건소장 귀하

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| 첨부서류 | 구 분 | | 제출서류 |
| | 신청 | 내국인 | ○ 임신 사전건강관리 지원 신청서(공통) ○ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(공통) ○ 신청자 주민등록등본(또는 행정정보 공동이용 사전동의서) ※ 온라인 신청 시 제출서류 없음 ※ 15~19세 부부 대상자, (필요시) 혼인 증명서류 제출 |
| | | 외국인 | ○ 임신 사전건강관리 지원 신청서(공통) ○ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(공통) ○ 신청일 기준 외국인등록사실증명 또는 국내거소신고사실증명(또는 행정정보 공동이용 사전동의서) ○ 내국인 배우자의 주민등록등본(또는 배우자의 행정정보 공동이용 사전동의서) ○ (내국인 배우자 주민등록등본상 혼인관계가 확인되지 않는 경우) 혼인관계증명서 또는 청첩장 등 혼인 증명서류 |
| | 청구 | | ○ 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서 ○ 외래 진료비 계산서·영수증 ○ 진료비 세부산정내역(세부내역서) ○ 본인 명의의 통장사본 |

※ 유의 사항 : 1) 허위 기재, 중복 지원, 급여 검사, 참여 의료기관 외 기관에서 검사 등의 경우 지급 제한(불가) 혹은 환수될 수 있습니다.
2) 사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원이 불가합니다.
※ 결정 기간 : 신청일로부터 5일 이내
* 「민원 처리에 관한 법률」 제19조 제1항에 따라 공휴일과 토요일 불산입, 1일은 8시간 기준
※ 검사 기간 및 청구 기한 : 신청일로부터 3개월 이내 검사, 검사일로부터 1개월 이내 청구