

[서식 2-4] 치매 검사비 지원 신청서

치매검사비 지원 신청서

등록센터				등록번호				
대상자	성명				주민등록번호			
	등본주소지							
	실거주지							
	연락처	주택 :			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"/> 아웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()						
	대리 동의 사유 ※ 본인 이외 신청 시에만 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							
지원 내용	<input type="checkbox"/> 진단검사1단계 <input type="checkbox"/> 진단검사2단계 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 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

행정정보 공동이용 사전 동의서			
1. 이용기관 명칭 : _____ 치매안심센터			
2. 이용사무(목적) (해당하는 이용사무에 <input checked="" type="checkbox"/> 표기해주시기 바랍니다.) <input type="checkbox"/> 치매검사비 지원 <input type="checkbox"/> 치매치료관리비 지원			
3. 공동이용 행정정보(구비서류)			
연번	행정정보명		
1	건강·장기요양보험료납부확인서(개인 지역가입자)		
2	건강·장기요양보험료납부확인서(개인 직장가입자)		
3	건강보험자격확인서		
4	주민등록표 등·초본		
4. 정보 주체(본인) 동의사항			
○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.			
○ 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는 데 동의합니다.			
※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.			
5. 동의인 인적사항			
성명		연락처	자택
주민등록번호	-		휴대전화
동의일		년	월 일
동의인		(서명 또는 인)	
※ 대리인 동의 시 대리인		(서명 또는 인)	
동의인과의 관계()	
대리 동의 사유()	
() 치매안심센터장 귀하	

※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인일 경우

- 제출서류
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - 대상자와 가족(대리인으로 명시된 자)의 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본(보호자가 후견인일 경우, 후견등기사항증명서)
- 확인사항
 - 대상자 및 대리신청자(대리인으로 명시된 자)의 신분증

※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우

- 제출서류
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - '개인정보 처리에 관한 위임장' [기타서식5]
- 확인사항
 - 대상자 및 임의대리인(대리인으로 명시된 자)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

[서식 1-3] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

이름		생년월일
-----------	--	-------------

개인정보 수집 및 이용(필수)	
※ 개인정보보호법 제15조에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내	
개인정보 처리목적	<ul style="list-style-type: none"> • 치매안심센터 서비스 제공(상담, 치매조기검진사업, 치매예방관리, 쉼터프로그램, 가족지원 등 치매관리 서비스) • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 수혜이력 및 부정중복수급 확인, 통합 사례관리 수행
개인정보 항목	성명, 성별, 학력, 연락처, 나이, 주소, 가족관계, 거주·동거형태, 의료보장, 소득수준, 장기요양 등급, 보훈대상, 결혼상태, 직업, 사진, 치매치료비지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양보험료 납부 확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등), 생년월일, 상담 및 사례관리 정보(대상자 선정, 제공계획, 제공내역, 점검 및 평가, 종결, 사후관리)
보유기간	준영구
※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다. ※ 외부 정보통신망을 통해 서비스 지원에 필요한 개인정보 조회 및 수집할 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.	
위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>	

고유식별정보 수집 및 이용(필수)	
※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내	
개인정보 처리목적	<ul style="list-style-type: none"> • 치매안심센터 서비스 제공(상담, 치매조기검진사업, 치매예방관리, 쉼터프로그램, 가족 지원 등 치매관리 서비스) • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 수혜이력 및 부정중복수급 확인, 통합 사례관리 수행
개인정보 항목	주민등록번호, 외국인등록번호
보유기간	준영구
※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다. ※ 외부 정보통신망을 통해 서비스 지원에 필요한 개인정보 조회 및 수집할 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.	
위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>	

개인정보 제3자 제공 부문(필수)	
<input type="checkbox"/> 개인정보 제3자 제공에 관한 사항	

