처리기한
30일

*파란색부분 작성

HIV/AIDS 진료비 지원 신청서

접수번호	*이 부분은 접수 보건소가 기재합니다.	접수일자	감염인 번호

신청인	성명	주민등록번호
	전화번호	대상자와의 관계
	주소(읍·면·동 까지 기재)	휴대전화 또는 이메일

☐ 신청인과 동일 (동일할 경우 지원대상자 작성할 필요 없음)

지원대상자	성명	주민등록번호 (외국인의 경우 외국인등록번호 또는 여권번호)
	주소(읍·면·동 까지 기재)	

주로이용하는 진료기관정보	진료기관 명 (진료과)
	주치의 (성명)

의료보장 종류	☐ 직장·지역 건강보험 (☐ 직장가입자 ☐ 지역가입자) ☐ 의료급여수급자 (☐ 1종 ☐ 2종 ☐ 차상위본인부담금 경감대상자) ☐ 기타 ( )

지급신청액	미기재 (진료비 영수증 등 증빙자료와 같음)

지급계좌	(은행명 :)	예금주
	※'24.1.1 이전 기지원 감염인으로 의료기관을 통해 진료비 후불 청구하는 경우는 미기재	

「후천성면역결핍증예방법」제22조 제4호에 따라 HIV/AIDS 진료 비용을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

신청인 제출서류	1. 진료비 지원 신청서 1부 (최초 1회만 제출) 2. 진료비 영수증 등 증빙자료 1부 (의료기관 후불 청구가 아닌 감염인 직접 청구 시) 3. 담당의 소견서 또는 진단서 (전액본인부담금 또는 선별급여 발생의 경우에만 첨부)	수수료 없음
제출방법	방문제출(기관리중인 감염인의 경우 본인 서명후 우편, 문자, SNS, 이메일 등 비대면 제출 가능	
보건소 확인사항	1. 신청인 본인 여부 확인 (신청인과 지원 대상자가 다른 경우 신청인 적격성 여부 확인) 2. **지원 대상자 본인의 「실명등록 및 개인정보 수집 · 이용 동의」 서명 확인 후** 접수 (최초 1회에 한함) * 단, 14세 미만 미성년자의 경우 부모, 그 외 경우 법정대리인이 지원 대상 감염인을 대신해 서명 가능	

진료비 지원을 위한 실명 등록 및 개인정보 수집·이용	동의
본인은 「후천성면역결핍증예방법」제22조제4호에 따른 HIV/AIDS 진료비용 지원 업무처리를 위해 「후천성면역결핍증예방법」 시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의처리) 및 「개인정보보호법」제15조제1항에 따른 개인정보의 수집·이용 및 이에 기초한 실명 등록에 동의합니다. ☐ 수집정보 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처 ☐ 수집 이용기관 : 질병관리청, 시군구 보건소 ☐ 개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료비 지원 종료시 까지 ☐ 동의를 거부할 수 있으나 거부할 경우 진료비 지원이 제한 됩니다. ※ 수집된 개인정보는 HIV/AIDS 진료비 지원 및 통계처리 업무에만 이용되며 「개인정보보호법」및 「후천성면역결핍증예방법」제7조(비밀누설금지)에 따라 엄격히 관리됩니다.	(서명)
신청서 제출 생략	
동 신청서 제출 이후 HIV/AIDS 진료비 청구는 별도 신청서 제출 없이 진료비 증빙 자료 제출로 갈음하는 것에 동의합니다.	

처리절차

신청서작성	→	심사 및 지급여부 결정	→	지 급
신청인, 법정대리인		보건소		보건소

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]