<서식 1>

신생아 청각선별검사 신청서 (□확진검사비) 신청서

(앞면)

신생아 청각선별검사(□확진검사비) 신청서					
①아기이름		②성 별		③출 생 일	
④보 호 자 (산 모)		⑤출 산 예정일		⑥생년월일 (산 모)	
⑦연 락 처	자택		휴대폰		
⑧주 소					
⑨ 확진검사 ABR	확진의료기관명)		확진검사일)		
확진검사비)_____원 예금주) 은행명) 계좌번호)					

위와 같이 신생아 청각선별검사(□확진검사비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

<보건소 확인사항>

- 차상위이하계층 증명 가능한 경우 별도 서류 제출 없이 지원
  - 국민기초생활수급자 및 의료급여 수급자는 수급증 확인
  - 차상위계층 대상자일 경우 관련 증명서 확인
- 차상위이하계층 증명이 없는 경우
  - 주민등록등본※
  - 건강보험증 사본※
  - 건강보험료 본인부담금 납부확인서
- **확진검사비 지원 시**
  - **확진검사결과를 기재한 쿠폰, 진료영수증(진료비상세내역서), 통장사본**

※「전자정부법」에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 또는 행복-e음으로 확인가능

행정정보 공동이용 사전동의서

(뒷면)

1. 사무의 명칭 : 영유아사전예방적건강관리

- 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 ☐
- 선천성대사이상검사 및 환아관리 ☐
- 신생아 청각선별검사 ☑

2. 공동이용 행정정보(구비서류)

공동이용 행정정보(구비서류)	동의여부(동의시 서명 또는 인)
주민등록등(초)본	
건강보험증정보	
건강보험료 납부확인서	
공공부조 및 사회서비스 등 사회보장 자격결정 정보 및 수혜이력	
인적변동[1], 전출입, 보장변동[2] 정보	

1) 인적변동 정보 : 사망, 말소, 거주불명, 성명/주민등록 변경, 교정시설 입·퇴소, 군입대/제대, 출입국내역

2) 보장정보 변동 : 기초생활수급, 차상위장애인, 차상위자활, 한부모, 장애보장(책정/중지), 장애등급, 중증장애

3. 이용기관의 명칭 : 보건소

본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류를 확인하는 것에 동의합니다. (위에 기재된 구비서류 정보는 해당 사무 이외의 용도로 사용될 수 없으며, 만약 전자적 확인에 대하여 본인이 동의하지 아니하는 경우에는 본인의 선택에 따라 서류로 대신 제출할 수 있음)

년 월 일

동의인 성명	관 계	동의확인(서명 또는 인)