의료비후불제 융자 지원사업 신청서

※ 환자, 융자신청자, 의료기관 등이 해당하는 [ ]에 √ 표시하고 세부내역을 기재하여야 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 3일

사업 신청자 (환자)	1.성명		2.주민등록번호
	3.신청대상	[ ]국민기초생활수급자, [ ]차상위계층, [ ]보훈대상자, [ ]장애인 ※ 중복선택 가능	
	4.주소		
	5.연락처	휴대폰번호 :	유선전화번호 :
융자 대상자	6.환자와 관계	[ ]환자본인, [ ]직계존·비속(관계 :), [ ]형제·자매(관계 :) **※ 환자본인이 융자대상자일 경우 7~10번 항목 작성 불필요**	
	7.성명	**(서명 또는 날인)**	8.생년월일
	9.주소		
	10.연락처	휴대폰번호 :	유선전화번호 :
의료기관	11.기관명	**(직인날인)**	12.대표자
	13.소재지		
	14.연락처	전화번호 :	FAX번호 :
	15.수술 (시술)구분	[ ]임플란트(개), [ ]슬관절 인공관절(한쪽,양쪽), [ ]고관절 인공관절(한쪽, 양쪽), [ ]척추, [ ]심혈관, [ ]뇌혈관	
	16.수술 (시술) 명		17.상병명
	18.의료비 입금 계좌	은행명 계좌번호	예금주

본인은 위와 같이 의료비후불제 융자 지원사업을 신청하며 융자와 동시에 의료비를 위 의료기관에 지급하는 것에 동의합니다.

년 월 일

신청인(환자) **(서명 또는 날인)**

충청북도지사 귀하

(뒤쪽)

의료비후불제 융자지원 사업 안내

1. 사업신청 자격 : 신청일 현재 충북에 거주중인 65세 이상인 자중에서
   국민기초생활수급자, 차상위계층, 국가보훈대상자, 장애인에 해당하는 자
2. 융자대상 자격 : 사업신청 자격이 있는 환자 본인 또는 환자의 배우자, 직계 존· 비속 및 형제· 자매
3. 융 자 한 도 액 : 연 1인당 50만원~300만원 (3년 무이자 분할상환, 중도상환 수수료 없음)
4. 융 자 범 위 : 진료비 총액 중 본인부담금과 비급여 비용
5. 지원대상 수술(시술) : 임플란트 식립, 슬관절 및 고관절 인공관절 수술, 척추수술(시술),
   심·뇌혈관 질환 수술(시술)

첨부서류	1. 주민등록등본 1부. 2. 기초생활수급자, 차상위계층, 국가유공자, 장애인 등을 증명하는 증명(확인)서 1부. 3. 신용정보확인서 1부. ※ 융자를 받을 대상자가 융자기관에 방문하여 확인 및 발급 4. 가족관계증명서 1부. ※ 환자의 배우자, 직계 존비속, 형제·자매가 융자대상자일 경우에 한함
담당 직원 확인사항	1. 주민등록등본 1부. 2. 기초생활수급자, 차상위계층, 국가유공자, 장애인 등을 증명하는 증명(확인)서 1부.

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 직원이「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

*** 동의하지 아니하는 경우에는 민원인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.**

신청인(환자) **(서명 또는 날인)**

처리절차

지원 신청, 신청서 도에 송부	→ 자격확인	→ 확인결과 통보 (환자, 의료기관)	→ 수술(시술)	→ 진료비계산서 발급	→ 융자 실행, 진료비 의료기관 입금
환자, 의료기관	충청북도	충청북도	환자, 의료기관	의료기관	환자(금융기관 방문), 금융기관

※ 융자대상자는 신청서 제출 전에 금융기관을 방문하여 신용정보 등을 확인한 신용정보확인서를 발급받아 신청서에 첨부

유의사항

거짓이나 그 밖에 부정한 방법으로 의료비 융자지원을 받은 경우, 융자금을 목적 외로 사용하였을 경우(융자한 의료비를 의료기관에 입금하는 것에 동의하지 않은 경우 포함), 약정된 상환기간이 경과하여도 대출금을 상환하지 아니한 경우, 그 밖에 융자금 지원 조건을 위반한 경우 등에는 충청북도에서 융자비 지원 중단 및 즉시 상환을 요구할 수 있음을 알려드립니다.

210㎜× 297㎜[백상지 80g/㎡]

개인정보 수집·이용 및 제3자 정보 제공 동의서(환자용)

「의료비후불제 융자지원 사업」 신청에 대해 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 합니다. 이 경우에는「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보의 수집·이용에 관한 사항

개인정보 제공 목적	제공하는 개인정보 항목	보유·이용기간
신청자의 지원 대상 요건 확인(심사), 의료비후불제 사업의 정책자료 활용 (사업 관련 각종 연구·설문조사 포함)	성명, 주민번호, 주소, 연락처, 신용정보, 가족관계, 질환 및 수술 내역, 소득 및 재산 정보 등	동의일로부터 융자금 상환 완료일 까지

☞ **위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?**

동의		미동의	

2. 개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 자	개인정보 이용 목적	제공하는 개인정보 항목	보유·이용 기간
충청북도 및 충북도내 11개 시·군, 금융기관	신청자 지원 대상 요건 확인(심사) 및 융자 추천	성명, 주민번호, 주소, 연락처, 신용정보, 가족관계, 질환 및 수술 내역, 소득 및 재산 정보 등	동의일로부터 융자금 상환 완료일 까지

☞ **위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하고 제공한 사실을 동의자에게 통보하지 아니하는데 동의하십니까?**

동의		미동의	

※ 귀하는 위 1~2번 사항에 대하여 각각 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 의료비후불제 융자지원이 불가능할 수 있으며, 본 사업과 관련된 세부사항에 대한 안내 지연 등 불이익을 받을 수 있습니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 날인)

충청북도지사 귀하

개인정보 수집·이용 및 제3자 정보 제공 동의서(융자대상자용)

「의료비후불제 융자지원 사업」 신청에 대해 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 합니다. 이 경우에는「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보의 수집·이용에 관한 사항

개인정보 제공 목적	제공하는 개인정보 항목	보유·이용기간
신청자의 지원 대상 요건 확인(심사), 의료비후불제 사업의 정책자료 활용 (사업 관련 각종 연구·설문조사 포함)	성명, 주민번호, 주소, 연락처, 신용정보, 가족관계, 소득 및 재산 정보 등	동의일로부터 융자금 상환 완료일 까지

☞ **위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?**

동의		미동의	

2. 개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 자	개인정보 이용 목적	제공하는 개인정보 항목	보유·이용 기간
충청북도 및 금융기관	신청자 지원 대상 요건 확인(심사) 및 융자 추천	성명, 주민번호, 주소, 연락처, 신용정보, 가족관계, 소득 및 재산 정보 등	동의일로부터 융자금 상환 완료일 까지

☞ **위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하고 제공한 사실을 동의자에게 통보하지 아니하는데 동의하십니까?**

동의		미동의	

※ 귀하는 위 1~2번 사항에 대하여 각각 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 의료비후불제 융자지원이 불가능할 수 있으며, 본 사업과 관련된 세부사항에 대한 안내 지연 등 불이익을 받을 수 있습니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 날인)

충청북도지사 귀하

임플란트 식립 치료 (예정)내역서

□ 사업신청자(환자) 내역

- 성　　명 :

- 생년월일 :

□ 총비용(①+②+③) :　　원

① 보 험 임플란트 ○○개 :　　원

② 비급여 임플란트 ○○개 :　　원

- 임플란트 재질 :

③ 기타 부가 비용 :　　원

- 부가내역 :

* 부가내역 : Fixture, Abutment, 골이식, 상악동거상술 등 항목 기재

※ 각 항목은 환자가 부담해야할 금액(본인부담금, 비급여)만 기재

20　년　　월　　일

의료기관명　(직인)