

[별지 제3호 서식]

산모·신생아 건강관리사 이용료 지원신청서

산모이름		주민등록번호	-		
주 소					
전화번호	자 택		핸드폰 번호		
신 생 아	출생일		출산순위	<input type="checkbox"/> 단태아 <input type="checkbox"/> 쌍태아 <input type="checkbox"/> 삼태아 또는 셋째 이상	
서비스 제공기관명		서비스 이용기간	년 월 일 ~ 년 월 일(일)		
본인부담금 청구금액 (③=①-②)	①본인부담금 발생액 (서비스 제공기관 납부액)		②지원제외 금액 (본인부담금 발생액 10%)		
	원		원		
	③청구금액 총액		원		
입금계좌 번호	은행명		계좌번호	예금주	
<행정정보 공동이용 및 개인정보 수집·이용 동의>					
<p>이 건 업무처리와 관련하여 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당공무원이 거주기간, 거주사실, 출생순위를 확인하는 것에 동의하며, 「개인정보보호법」에 따라 개인정보를 수집하는 것에 동의합니다.</p> <p>※ 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의하지 않을 경우 신청인이 확인과 관련된 서류를 직접 제출하여야 합니다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 </p>					
<p>위와 같이 산모·신생아 건강관리사 본인부담금 지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">산모와의 관계 :</p> <p style="text-align: center;">신청인 성명 : (서명 또는 날인)</p> <p>진안군수 귀하</p>					
첨부서류	서비스 제공기관에서 발급한 본인부담금 지급 영수증 원본 1부.				