

창원형 난임부부 시술비 지원 청구서(□ 체외수정/ □ 인공수정)

청구금액	금 원				
지원결정 통 지 서	일련번호		시술내역	시술기간	
	발급일자			의료기관명	
				시술종류/회차	
신 청 자	성 명		주민등록번호		
주 소					
연 락 처					
은 행 명		계좌번호		예금주	
위와 같이 창원형 난임부부 시술비를 청구합니다. 년 월 일 청구인 : (서명 또는 날인)					
창원시장 귀하 ※ 첨부서류 1. 통장사본 1부 2. 시술확인서 1부(지원횟수 추가지원시) 3. 진료비 영수증 1부(지원횟수 추가지원시) 4. 진료비 세부내역서 1부 (지원횟수 추가지원시) ※ 시술비 개인 청구는 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다. ※ 시술자는 반드시 시술받은 당해에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.					
행정정보 공동이용 및 개인정보 수집·이용 동의서 1. 이 신청서에 기재한 개인정보를 「개인정보 보호법」 제15조제1항에 따라 지원대상 해당여부 확인을 위한 기초자료로 수집·이용하는 것에 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 2 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동 이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. ※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당서류를 제출하여야 합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음					
청구인 : (서명 또는 날인)					