아토피피부염 보습제 지원 신청서

대상자 (자녀)	성 명		주민등록번호	
	주 소			
보호자 (대리인)	성 명		관 계	
	연락처			
지원사항	지원물품	□ 보습제	수령방법	□ 직접수령
	지원자격	□ 소득조건 □ 셋째아	지원회차	□1차 □2차 □3차

위와 같이 아토피피부염 환아 보습제 지원신청 및 물품수령 합니다.

2024년 월 일

신청 및 수령인 : (인/서명)

양주시보건소장 귀하

[개인정보 수집·이용 동의] □ 동의함 □ 동의안함

수집하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용의 목적	개인정보 보유 및 이용기간
성명, 연락처, 주소, 건강정보, **주민등록번호*** *수집근거: 지역보건법 시행령 제24조	통합건강증진사업 대상자로 보건복지부 지역보건의료정보시스템 등록 및 국가통계자료로 이용 (제3자 제공)	•지원신청서류: 3년 •지역보건의료정보시스템 등록자료: 10년

※ 귀하는 개인정보 수집·이용 동의를 거부하실 수 있으나, 동의를 거부할 경우 보습제 지원신청이 제한됩니다.

	▣ 소득기준을 충족할 경우	▣ 셋째아 이상일 경우
첨부서류	1. 진단서 또는 소견서 (상병코드 명시, 최초신청시 필요) 2. 건강보험증 또는 의료급여증 사본 3. 전월 기준 건강보험 납부확인서	1. 진단서 또는 소견서 (상병코드 명시, 최초신청시 필요) 2. 주민등록등본