[서식1]

(대상자용) 정신질환 치료비 지원 신청서 신규·기존 (앞쪽)

지원 대상자 (본인)	성명		□ 남 □ 여	주민등록번호	
	주소			전화번호/휴대폰	
	의료보장	□ 건강보험 □ 국민기초생활보장 수급자 (□생계급여(조건부) □주거급여 □교육급여) □ 의료급여수급자 (□1종 □2종) □ 차상위계층			
	신청유형	□ 응급입원 치료비 □ 발병 초기 정신질환 치료비 □ 행정입원 치료비 □ 외래치료 지원(법64조) □ 권역정신응급의료센터 정신응급 치료비			
	관련 기관 등록 여부	□ 등록 □ 미등록(지원 불가)	기관명		
	지급계좌번호	(은행명:)		예금주	
	본인 여부	□ 본인 □ 가족 □ 친척 □ 기타( )		제3자 계좌 지급 사유	
신청인	성명	(서명)	관계	전화번호	
타 법령에 의한 수혜 여부	타 지자체 지원 여부 (전출입 등)	*동 사업(보건복지부 치료비지원사업)으로 타 지자체에서 지원 받은 이력 □ 없음 □ 있음(이전 (지원) 지자체: 금액:)			지급 연도 기준
	국가지원금	□ 없음 □ 공무원재해보상법에 의한 지원 □ 산업재해보상보험법에 의한 지원 □ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 의한 지원 □ 재난적의료비지원 □ 기타			해당 신청 건 기준
	공단 환급금	□ 없음 □ 있음(기간: 금액:)			
	기타(개인) 후원	□ 없음 □ 있음(내용: 금액:)			

* **정신질환자 치료비 지원사업비가 조기 소진될 수 있으며, 소진될 경우 치료비 지원 신청을 했다고 하더라도 지급 불가할 수 있습니다.**

기납부 여부		총진료비 (A+B+C)	본인부담금 소계 (A+C)	급여부담금		비급여 부담금(C)
				본인일부부담금(A)	공단부담금(B)	
□ 유 □ 무	입원	원	원	원	원	원
		청구소계	본인일부부담금		비급여 본인부담금	
	외래	총진료비 (A+B+C)	본인부담금 소계 (A+C)	급여부담금		비급여 부담금(C)
				본인일부부담금(A)	공단부담금(B)	
		원	원	원	원	원
		청구소계	본인일부부담금		비급여 본인부담금	

환수조치 시 안내

다른 법령 또는 유사 사업으로 이미 지원받은 사실을 숨기거나 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용을 반환하여야 하며 형법 및 관련 법률에 의해 처벌받을 수 있습니다.

환급·환수에 대한 안내 여부 □ 예 □ 아니오

지원대상자 본인 서명 : (서명)

본인 서명이 어려울 경우 보호자(신청인) 서명 : (서명)

위와 같이 정신질환자 치료비 지원을 신청합니다.

2026년 월 일

대상자 본인 서명 : (서명)

본인 서명이 어려울 경우 보호자(신청인) 서명 : (서명)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하