

치매치료관리비 지원 신청서

대상자	성명			주민등록번호	-
	주소				
	연락처	자택 :	휴대전화 :		
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인			
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()			
	대리 등의 사유 (※본인 이외 신청 시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()			
	성명				
	연락처				
※ 소득조사, 계좌지급요류 등 연락두절 상황에 대비하여 보호자 연락처 2개 이상 기재					
가족1	성명				
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 친인척()			
	연락처	자택 :	휴대전화 :		
가족2	성명				
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 친인척()			
	연락처	자택 :	휴대전화 :		
※ 해약계좌, 압류계좌, 타행이체거래불가계좌, 행복지킴이통장(압류방지통장)은 등록 불가					
계좌정보	<input type="checkbox"/> 지원대상자	은행:	계좌번호:		
	<input type="checkbox"/> 비용관리자	예금주명:	(대상자와의 관계:)		
<p style="text-align: center;">위와 같이 치매치료관리비 지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">2022년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청자 : (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">완주군 치매안심센터장 귀하</p>					

- ※ 신청자가 대상자, 가족, 후견인일 경우**
- 제출서류
 - 치매치료관리비 지원 신청서
 - '개인정보 처리에 관한 위임장' [기타서식5]
 - 대상자와 가족(신청서에 대리인으로 명시된 자)의 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본(보호자가 후견인일 경우, 후견등기사항증명서)
 - 확인사항
 - 대상자 및 대리신청자(신청서에 대리인으로 명시된 자)의 신분증
- ※ 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우**
- 제출서류
 - 치매치료관리비 지원 신청서
 - '개인정보 처리에 관한 위임장' [기타서식5]
 - 확인사항
 - 대상자 및 임의대리인(신청서에 대리인으로 명시된 자)의 신분증
- ※ 단, 대상자 본인이 치매의 상당한 진행으로 인하여 위임장 작성을 위한 의사능력 상실이 의심되는 경우, 가족 또는 후견인이 신청하도록 권장**
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부**
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당**
- ※ 기 제출 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)가 있을 시에는 추가 제출하지 않아도 됨**
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미**