

정신질환자 치료비 지원 사업 신청서류

□ 제출서류 항목

구 분	구비서류	서식	주체
공통서류	- 치료비 지원 신청서 (환자용)	서식1	환자 보호 의무자
	- 본인확인서류	서식12	
	- 소득증빙서류* (하단참조)		
	- 개인정보수집,이용,제공에 대한 동의서	서식3	
	- 치료비 영수증 계산서 (병원용)	진료비 계산서	원무팀
응급·행정입원	- 입원(응급, 행정) 확인서	서식7	주치의
발병초기	- 진료기록 사본 또는 전문의 소견서	서식8 병원양식	주치의
의료기관 신청시	- 치료비 지원 신청서 (의료기관용)	서식2	원무팀
	- 의료기관 사업자 등록증 사본 (최초1회)	병원양식	
	- 의료기관 통장 사본 (최초1회)	병원양식	

* 본인확인서류 - 신분증, 주민등록표 등·초본 (행정정보공동이용망 확인가능)

* 소득증빙서류 (행정정보공동이용망으로 확인 가능)

국민기초 생활수급자	국민기초생활수급자증명서
차상위계층	차상위본인부담경감대상자증명서
건강보험 가입자	건강보험자격확인서, 건강보험자격득실확인서 건강장기요양 보험료 납부확인서(직장 및 지역)

[서식1]

(환자용) 정신질환 치료비 지원 신청서 신규·기존 (앞쪽)

지원 대상자 (본인)	성명	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민등록번호	
	주소		전화번호/휴대폰	
	의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민기초생활보장 수급자 (<input type="checkbox"/> 생계급여(조건부) <input type="checkbox"/> 주거급여 <input type="checkbox"/> 교육급여) <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 (<input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종) <input type="checkbox"/> 차상위계층		
	신청유형	<input type="checkbox"/> 발병 초기 정신질환 치료비 <input type="checkbox"/> 응급입원 치료비 <input type="checkbox"/> 행정입원 치료비 <input type="checkbox"/> 외래치료 지원(법64조) <input type="checkbox"/> 권역정신응급의료센터 정신응급 치료비		
	의료기관명		연락처	
지급계좌번호	(은행명:)	예금주		
신청인	성명	(서명)	관계	
	전화번호			
후원 여부	국가지원금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(기관: /종류: , 금액)		
	기안단체 후원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(기관: , 금액)		
	공단 환급금	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(기관: , 금액)		

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

기납부 여부	입 원	총진료비 (A+B+C) 원	환자부담금 소계 (A+C) 원	급여부담금		비급여 부담금(C) 원
				본인일부부담금(A) 원	공단부담금(B) 원	
<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	외 래	총진료비 (A+B+C) 원	환자부담금 소계 (A+C) 원	급여부담금	비급여 부담금(C) 원	
		청구소계	본인일부부담금	비급여본인부담금		

환수조치 시 안내

거짓, 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)

본인서명이 어려울 경우 보호자(신청인) 서명 : (서명)

위와 같이 정신질환자 치료비 지원을 신청합니다. 2022년 월 일

지원대상자 본인 서명 : (서명)

본인서명이 어려울 경우 보호자(신청인) 서명 : (서명)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

(뒤쪽)

제출 서류 안내

제출서류	
<p>▶ 굵은 선 안은 반드시 작성하되, 입원 및 외래비용에 대한 부분은 환자가 기납부한 경우 퇴원 및 귀가한 경우 작성할 수 있도록 함</p> <p>▶ (신규) 신규로 신청하는 경우, (기존) 신규 신청 후 재신청을 하거나 지원된 대상자인 경우</p> <p>① 응급입원 치료비, 행정입원 치료비, 외래치료 지원제 (법64조)</p> <p>※ 응급입원 및 행정입원, 외래치료 지원제인 경우 의료기관에서 직접 신청 및 청구(서식2 사용)를 원칙으로 하되, 환자가 기납부한 금액을 지원받고자 할 때 사용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신질환 치료비 지원 신청서(환자용) [서식 1호] - 주민등록등본 또는 주민등록증 또는 운전면허증 등 1부 (본인 확인용이며 외국인은 하단참조) - 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서 [서식 3호] - 입원(행정·응급)확인서 [서식7호] (행정 및 응급입원시) - 보건소장(정신건강복지센터장, 중독통합관리센터장) 추천서 [서식9호] (필요시) - 행정정보공동이용 사전동의서 [서식12호] - 치료비 영수증·계산서 (병원용) - 기납부한 환자 명의 통장사본 1부 <p>② 발병 초기 정신질환 치료비, 권역정신응급의료센터 정신응급 치료비</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신질환 치료비 지원 신청서(환자용) [서식 1호] - 주민등록등본 또는 주민등록증 또는 운전면허증 등 1부 (본인 확인용이며 외국인은 하단참조) - 입원(행정·응급)확인서 [서식7호] - 행정정보공동이용 사전동의서 [서식12호] <p>(소득증빙용) 수급자 증명서, 차상위 계층 증빙할 수 있는 서류, 차상위본인부담감감 대상자 증명서, 건강보험료 본인부담금 납입증명서, 건강보험자격확인서, 자격득실확인서 등</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보건소장(정신건강복지센터장) 추천서(필요시) [서식9호] - 최초 진단 연도를 확인할 수 있는 진료기록 사본 또는 정신건강의학과 전문의 소견서 (최초 진단 연도 명시) (발병 초기) <ul style="list-style-type: none"> * 최초 진단 연도를 확인할 수 있는 진료기록 사본은 반드시 원본대조필 필증 * [서식8]의 소견서를 그대로 사용하지 않고 서식을 달리하여 사용할 수 있음 - 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서 [서식 3호] - 치료비 영수증·계산서 (병원용) - 기납부한 환자 명의 통장사본 1부 <p>※ 외국인 추가 구비서류</p> <ul style="list-style-type: none"> * 외국인 추가 구비서류 <ul style="list-style-type: none"> · (본인확인) 여권, 외국인등록증, 등본 및 외국인 등록사실증명서, 출입국사실증명서, 국내거소신고 사실확인서, 난민인정증명서 등 본인확인 서류 1부 · (소득증빙) 건강보험료 납부확인서, 건강보험료 내역서, 건강보험 자격득실확인서, 보건소장(정신건강복지센터장) 추천서(필요시) 등 소득증빙 서류 1부 	

[서식2]

(의료기관용) 정신질환 치료비 지원 신청서 신규·기존

(앞쪽)

지원 대상자	성명	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	주민등록번호			
	주소					
	전화번호			휴대폰번호		
청구기관	의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 국민기초생활보장 수급자 (<input type="checkbox"/> 생계급여(조건부) <input type="checkbox"/> 주거급여 <input type="checkbox"/> 교육급여) <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 (<input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종) <input type="checkbox"/> 차상위계층				
	의료기관명					
	치료기간	입원	년 월 일 ~	마지막 월 일 (총 일간)		
		외래	년 월 일 ~	마지막 월 일 (총 일)		
	청구유형	<input type="checkbox"/> 발병 초기 정신질환 치료비 <input type="checkbox"/> 응급입원 치료비 <input type="checkbox"/> 행정입원 치료비 <input type="checkbox"/> 외래치료 지원(법64조) <input type="checkbox"/> 권역정신응급의료센터 정신응급 치료비				
	청구인		전화번호		이메일	
	수령방법	은행명				
계좌번호						
예금주						
입원	총진료비 (A+B+c)	환자부담금 소계 (A+C)	급여부담금		비급여 부담금(C)	
	원	원	본인일부부담금(A)	공단부담금(B)	원	
	청구소계	본인일부부담금	비급여본인부담금		원	
외래	총진료비 (A+B+c)	환자부담금 소계 (A+C)	급여부담금		비급여 부담금(C)	
	원	원	본인일부부담금(A)	공단부담금(B)	원	
	청구소계	본인일부부담금	비급여본인부담금		원	
환수조치 시 안내						
<p>거짓, 그 밖의 부정한 방법에 의하여 치료비를 받은 경우 반드시 받은 비용을 반환하여야 하며 형법 및 관련 법률에 의해 처벌받을 수 있습니다.</p> <p style="text-align: right;">환급·환수에 대한 안내 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>						
<p>위와 같이 정신질환자 치료비를 신청·청구합니다.</p> <p style="text-align: right;">2022년 월 일</p> <p style="text-align: right;">청구 요양기관의 장 : (직인)</p>						
강릉시보건소장 귀하						

제출 서류 안내

제출서류	
▶ (신규) 신규로 신청하는 경우, (기존) 신규 신청 후 재신청을 하거나 기지원된 대상자인 경우	
①	<p>응급입원 치료비, 행정입원 치료비, 외래치료 지원제 (법64조)</p> <p>※ 의료기관에서 환자 지원여부 확인 후 환자 주소지 보건소로 신청 및 청구를 원칙으로 함</p> <p>외래치료 지원제는 외래치료 지원 결정을 내린 보건소 혹은 주소지 보건소 모두 청구 가능</p> <ul style="list-style-type: none"> - 주민등록등본 또는 주민등록증 또는 운전면허증 등 1부 - 정신질환 치료비 지원 신청서(의료기관용) [서식 2호] - 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서 [서식 3호] - 입원(행정·응급) 확인서 [서식 7호] - 보건소장(정신건강복지센터장·중독관리통합지원센터장) 추천서 1부 [서식9호] (필요시) - 행정정보공용동의서 사전동의서 [서식12호] - 치료비 영수증·계산서(병원용) - 의료기관 사업자 등록증 사본(최초 신청 시) - 의료기관 통장 사본(최초 신청 시 또는 계좌 변경 시)
②	<p>법정 초기 정신질환 치료비, 권역정신응급의료센터 정신응급</p> <ul style="list-style-type: none"> - 주민등록등본 또는 주민등록증 또는 운전면허증 등 1부 - 정신질환 치료비 지원 신청서(의료기관용) [서식 2호] - 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서 [서식 3호] - 입원(행정·응급)확인서 [서식7호] - 행정정보공용동의서 사전동의서 [서식12호] <p>(소득증빙용) 수급자 증명서, 차상위 계층 증명할 수 있는 서류, 차상위본인부담경감 대상자 증명서, 건강보험료 본인부담금 납입증명서, 건강보험자격확인서, 자격득실확인서 등</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보건소장(정신건강복지센터장) 추천서(필요시) [서식9호] - 최초 진단 연도를 확인할 수 있는 진료기록 사본 또는 정신건강의학과 전문의 소견서 (최초 진단 연도 명시) * 최초 진단 연도를 확인할 수 있는 진료기록 사본은 반드시 원본대조필 필증 * [서식8]의 소견서를 그대로 사용하지 않고 서식을 달리하여 사용할 수 있음 - 치료비 영수증·계산서(병원용) - 의료기관 사업자 등록증 사본(최초 신청 시) - 의료기관 통장 사본(최초 신청 시 또는 계좌 변경 시)

[서식2-1] 세부청구 내역서

순번	치료비 발생년도	요양기관	진료구분	진료일자 (시작일~종료일, 기간)	급여			비급여 부담금 (C)	청구금액		
					총진료비 (A+B+C)	본인부담금 (A)	공단 부담금 (B)		본인부담금	비급여 부담금	
1	년		<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기간 : 총()(회)	원	원	원	원	원	원	
2	년		<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기간 : 총()(회)	원	원	원	원	원	원	
3	년		<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기간 : 총()(회)	원	원	원	원	원	원	
4	년		<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기간 : 총()(회)	원	원	원	원	원	원	
5	년		<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 외래	시작일: 년 월 일 종료일: 년 월 일 기간 : 총()(회)	원	원	원	원	원	원	
세부청구 내역은 [서식 2]의 청구서 상 입원 외래 내역이 많을 때 추가로 작성하시면 됩니다. 이때 정신질환 치료비 지원 청구서 상의 입원 또는 외래는 총액만 기입하시면 됩니다. 본 한글 서식을 엑셀 서식으로도 대체 가능함 * 입원과 외래 각각의 합은 [서식 2]의 정신질환 치료비 지원 청구서 상의 금액과 맞아야 함							총 청구금액	입원		외래	
								급여	비급여	급여	비급여
								원	원	원	원

[서식7]

입원(행정·응급) 확인서

성 명	(□남 □여)		생년월일	년 월 일
진 단 명			의료기관명	
입원기간	응급입원	년 월 일 ~	년 월 일	
	행정입원	년 월 일 ~	년 월 일	
<p>상기 환자에 대하여 위와 같이 「정신건강복지법」상 (□ 제44조에 의한 행정입원, □ 제50조에 의한 응급입원) 치료를 하였음을 확인합니다.</p>				
<p>20 년 월 일</p>				
<p>확인자(주치의) 성명 : (인)</p>				
<p>○○의료기관명</p>				
<p>특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하</p>				

[서식8]

의사소견서

발행번호: _____

등록(병록)번호		성 명	
주 소			
생년월일		성 별	연 령
최초 진단 연도	_____년		
진 단 명			
치료기간			
소견내용	<p>(본원 외 타 병원에서 진단을 받았을 경우, 진단받은 병원에서 소견서 확인 후 작성할 수 있도록 함)</p>		
사용목적			
<p>발행일 : _____</p> <p>소재지 : _____</p> <p>전화 및 팩스 : _____</p> <p>의료기관 : _____</p> <p>면허번호 : _____ 의사성명 : _____ [인]</p>			

