

[서식 1호]

접수번호 : No.

산모·신생아 건강관리 지원 서비스 본인부담금 신청서

산모 성명		생년월일			
주 소			연락처	집)	
출산(예정)일	년	월		일	H.P)
바우처 유형					
본인부담금	₩				(금 원)
신청지원금	₩				(금 원)
입금계좌	예금주		은행명		계좌번호
부정수급자 환수조치 안내 (유의사항)	※ 거짓 등의 부정한 방법으로 지원을 받은 경우 지급된 지원금 환수 조치				
	유의사항 확인여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	환수 등 사후 조치에 대한 사전동의		(서명)

위 기재 사항 중 허위사항이 있거나 부정 수급한 경우 지원 환수 조치에 동의하며 위와같이 산모신생아 건강관리 지원 서비스 본인부담금 지원 기준에 따라 신청합니다.

년 월 일

신청인 성명

(서명 또는 인)

서울특별시 중랑구 보건소장 귀하

첨부서류	1. 산모명의 통장사본 1부	
담당자 확인사항	신청금액	원
	지원 결정액	원