보청기 지원 신청서

1. 대상자 성명		2. 성 별	남( ) 여( )	3. 생년월일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처 (휴대폰)	
7. 주소(거주지)					

위와 같이 보청기 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

<제출서류>

- 주민등록등본 1부*
- (필요시) 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능

* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

서식2024 [서식2]