

[서식 제1호] 영구 불임 예상 남자·정자 냉동 지원 신청서

영구 불임 예상 남자·정자 냉동 지원 신청서

신청인 정보 (<input type="checkbox"/> 여성 / <input type="checkbox"/> 남성)	
성명	주민등록번호
주소	
연락처(핸드폰)	이메일

동결·보존 정보	
의학적 사유 *「모자보건법」 시행령 제14조	<input type="checkbox"/> 유착성자궁부속기절제술 <input type="checkbox"/> 부속기종양적출술 <input type="checkbox"/> 난소부분절제술 <input type="checkbox"/> 고환적출술 <input type="checkbox"/> 고환악성종양적출술 <input type="checkbox"/> 부고환적출술 <input type="checkbox"/> 항암치료 (<input type="checkbox"/> 항암제 투여, <input type="checkbox"/> 복부 또는 골반 부위 포함 방사선 치료, <input type="checkbox"/> 면역 억제 치료) <input type="checkbox"/> 염색체 이상 (<input type="checkbox"/> 터너증후군 <input type="checkbox"/> 클라인펠터증후군 <input type="checkbox"/> 균형전이에 따른 생식기 기능 저하)
	절차 시작일(검사, 과배란 유도 등) 생식세포 채취일 년 월 일 년 월 일

청구 정보	
동결·보존비 본인부담 총액(A)	지원 청구 금액(A÷2)
금 원	금 원
예금주 * 신청인 본인 명의	계좌번호
은행명	

지연 청구 시 사유(6개월 경과)

「모자보건법」 제11조의7에 따른 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리인)
신청인과의 관계

(서명 또는 인)
(대리인이 신청하는 경우)

노원구보건소장 귀하

첨부서류	① 개인정보 수집·이용 및 행정정보 공동이용 동의서[서식 제2호] ② 주민등록표 등·초본 ③ 본인의 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 * ②, ③ 행정정보 공동이용[서식 제2호] 동의 시, 제출 생략 ④ 신청인 본인 명의의 통장사본 ⑤ 「모자보건법」 시행령 제14조(생식세포 동결·보존 등을 위한 지원 요건)에 따른 의학적 사유 해당 여부에 관한 의사의 진단서 ⑥ 영구 불임 예상 남자·정자 동결·보존 확인서[서식 3호] ⑦ 외래 진료비 계산서·영수증 ⑧ 진료비 세부산정내역(세부내역서)
------	---

유의사항

- * 유의 사항 : 허위 기재 시 지원 대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.
- * 청구 기한 : 생식세포(난자·정자) 채취일로부터 6개월 이내 신청(청구)
- * 지급 기한 : 청구일로부터 1개월 이내 지급
- * ①지급 불가 결정 또는 ②예산 부족 등으로 행정 처리 지연이 불가피한 경우 지급 기한 내 사유 고지