

간병비 지급 신청서

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기한: 7일
신청인	성명 홍길동	주민등록번호 770120-*****
	간병인 지원대상자와의 관계 자	
	연락처 010-1234-5678	
간병인 지원대상자	성명 홍길녀	주민등록번호 380215-*****
	주소 부산광역시 금정구 금강로 **번길 **	
	생활안정지원대상자 등록일 2005. 3. 25	
간병인 이용기간 (전일, 반일)	반일 (09:00~14:00)	
간병인	성명 김순녀	주민등록번호 601223-*****
	주소 부산광역시 금정구 기찰로 **번길 **	
간병비 지급계좌	금융기관 및 지점명 신한은행(금정지점)	
	계좌번호 123-06-*****	
	예금주 김순녀	

「일제하 일본군위안부 피해자에 대한 생활안정지원 및 기념사업 등에 관한 법률」 제4조 및 같은 법 시행령 제7조의2제2항에 따라 위와 같이 간병비의 지급을 신청합니다.

2015년 7 월 13일

신청인

홍길동 (서명 또는 인)

여성가족부 장관 귀하

첨부서류	1. 진료비 계산서 1부 (「의료법」 제3조에 따라 개설된 의료기관에 입원하여 치료 중인 사람만 첨부합니다) 2. 건강진단서 1부 (치매·중풍 등 중증 노인성 질환으로 인하여 간병인이 필요하다고 인정되는 사람만 첨부합니다)	수수료 없음
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

