[서식 제1호]

산후건강관리 지원 신청서

신청인 (임산부)	성 명		주민등록번호	
	출산일		전화번호	
	주민등록 주 소 지			
신청인 (대리인)	성 명		신청인(임산부) 과의 관계	
	주소		전화번호	

산후건강관리 의료비 지원을 신청하며, 의료비 부정수급 시 즉시 환수조치 됨을 동의합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

산후건강관리지원을 위한 개인정보 제공 수집·이용 동의서

1. 수집·이용목적 : 대상자확인, 사업관리, 만족도조사
2. 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 출산일(자녀생년월일), 진료내용 등
3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 개인정보 중 성명, 주민등록번호, 진료내용은 영구보존이 필요한 경우 영구보존할 수 있습니다.
4. 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 동의 거부 시 사전통지 없이 산후건강관리 지원이 제한됩니다.

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 개인정보보호법 제15조 및 제17조에 의한 개인정보 수집·이용 및 제3자에게 제공 등에 동의하며 담당 공무원 및 본 의료기관이 본인의 개인정보 및 진료내용을 제공, 수집 및 이용하는데 동의합니다.

신청인 : (서명 또는 인)

대리인 : (서명 또는 인)

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 주민등록 등·초본을 확인하는 것에 동의합니다.

(※ 동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.)

신청인 : (서명 또는 인)

대리인 : (서명 또는 인)