

미주신경자극기 수술비 지원 사업

한국장애인부모회 후원회는 현재 5만 여명의 장애인가족 회원으로 구성된 사단법인 한국장애인부모회(kpat.or.kr)의 후견인단사업, 가족지원사업 등 중점 사업을 지원하며, 국내의 많은 장애인 가족의 복지 향상을 위해 다양한 사업을 하고 있습니다.

한국장애인부모회 후원회는 ‘미주신경자극기 수술지원’ 사업을 통하여 다양한 문제와 여러 어려움 속에서 살아가고 있는 난치성 뇌전증 환우의 치료 및 삶의 질 향상에 보탬이 되고자 합니다.

가. 대 상 자 : 하기의 ①과 ②의 조건을 모두 만족하여야 함

- ① 건강보험급여 대상자 : 보험급여 인정기준 - 3년 이상 항경련제 치료에 불응하는 난치성 부분발작 뇌전증으로 기존의 수술적 치료가 불가능하거나 실패한 경우
- ② 본 단체 선정위원회의 결정에 의해 수술비 지원을 받아야 하는 대상으로 판단된 환우 : 우선순위 대상자는 장애인, 생활보호 대상자, 저소득 가정, 의료보호 등 경제적으로 소외된 난치성 뇌전증 환우

나. 제 출 서 류 : 수술지원 신청서, 진단서, 주민등록등본, 보호자/본인 근로소득원천징수영수증 (자영업자일 경우 소득금액증명서) 혹은 최근 6개월 이내 급여명세서 사본, 보호자/본인 과세증명서, 건강보험 납입증명서, 장애인 등록증(해당시), 건강보험증 / 의료급여증 사본, 지원 금액 받을 계좌 통장 사본 등 관련 서류

다. 신 청 방 법 : 이메일(luvshare8044@hanmail.net) 및 팩스(02-2676-9746)

라. 지 원 금 액 : 퇴원시 수술비 최대 200만원 내

마. 담 당 자 : 간사 조원주 TEL : 02)461-8044



한국장애인부모회 후원회
KOREA PARENTS ASSOCIATION

수술지원 신청서

환우성명				주민등록번호		
보호자성명				환우와의 관계		
주 소(현거주지)						
연락처	집				휴대폰	
가족 관계	성명	관계	나이	성별	동거여부	비고
생활정도	☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 정부지원금 ☐ 기타 ☐ 해당사항 없음					
주거형태	자가 (만원)			전세 (보증금: 만원)		
	월세 (보증금: 만원)			월임대료 (만원)		
	임대아파트/임대주택 (보증금: 만원)			월임대료 (만원)		
	무상임대 ()					
미주신경자극기 건강보험급여 대상자여부			※공문 참조 (O , X)			

■ **본인은 위 기재 내용이 사실임을 확인하며, 수술비 지원을 신청합니다.**

20년임의일

신청인(보호자) : (인)

추 천 인 : (인)

기관명(기관신청시) :



한국장애인부모회 후원회 귀중

전화 02)461-8044 / 팩스 02)2676-9746 / 이메일 : luvshare8044@hanmail.net

주소 : (133-822) 서울시 성동구 상원 12길 1(성수1가 13-277) 스타키빌딩 3층