[서식 4]

전남 남성 난임 치료 시술비 지원 청구서

시술방법	□ 고환조직 정자채취술 □ 정계정맥류 절제술					
청구금액	₩ 원					
지원결정통지서 발급일자	년 월 일					
신청자	**성 명**		**주민등록번호**		**연령**	만 세
주 소						
전화번호			이메일			
은 행 명		**계좌번호**		**예금주**		
지연청구 사유 (1개월 이후 청구한 경우에만 작성)						

위와 같이 청구합니다.

20 년 월 일

청구인 (서명 또는 날인)

여수시 보건소장 귀하

※ 첨부서류 1. 시술 확인서 1부
2. 시술자 주민등록초본 1부(1년 주소이동 포함)
3. 고환조직 정자채취술의 경우 난임부부 시술비 지원결정통지서(사본) 1부 추가 제출(보건소 확인·첨부 가능시 제출 생략)
4. 진료비 영수증(의료기관 발급) 1부
5. 진료비 세부 내역서(의료기관 발급) 1부
6. 신청인 통장사본 1부

※ 시술비 지급청구는 **시술 완료 후 1개월 이내**에 관련서류(시술확인서, 초본, 진료비 영수증, 진료 세부 내역서, 통장사본 등)를 첨부하여 관할 보건소로 청구하여야 합니다. 심사 과정에서 필요 시 추가서류(입·퇴원 확인서 등)를 요청할 수 있으며, 제출거부 및 지연 시 지원금 지급이 지연될 수 있습니다.

※ 전남형 난임부부 시술비 지원 사업 당해연도 예산 소진시까지만 지원합니다.

※ 시술자는 반드시 시술받은 당해에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야합니다.