

본인부담금 변경신청서

접수번호		접수일	발급일	처리기간	7일
① 수급자	성명		생년월일		
	주소 (전화번호:)				
② 신청인	성명		생년월일	수급자와의 관계	
③ 변경 내용	변경사항		변경코드	변경일	
	[] 월별 건강보험료액			. . .	
	[] 생계·의료급여 수급자			. . .	
	[] 차상위계층			. . .	
	[] 가구원 수			. . .	
	[] 그 밖의 사유()			. . .	

「장애인활동 지원에 관한 법률」 제33조제5항 및 같은 법 시행규칙 제40조제1항에 따라 위와 같이 본인 부담금의 변경을 신청합니다.

년 월 일
신청인 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	변경사항을 확인할 수 있는 서류 1부(담당 공무원이 첨부서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음할 수 있습니다)		수수료 없음	
작성방법				
②: 신청인이 수급자와 다를 경우에만 작성합니다. ③: 변경코드란은 신청인이 작성하지 않습니다.				
처리절차				
신청서 작성 신청인	→ 접수 처리기관 (특별자치시·특별자치도·시·군·구)	→ 검토 처리기관 (특별자치시·특별자치도·시·군·구)	→ 결재 처리기관 (특별자치시·특별자치도·시·군·구)	→ 본인부담금 통지