[서식 1]

2026년 경기도 정신건강 외래치료비 지원 신청서

☐ 청소년·청년 ☐ 노인

☐ 신규접수 ☐ 추가접수 ※ 해당 항목에 ✔ 표시(필수)

접수번호	

▮ 환자(대상자) 정보

성 명		성 별	☐ 남 ☐ 여	생년월일	
주 소					
전화번호		초진연도	※어르신 해당없음	질병코드	F
치료 병원명	※ 치료 병원이 2곳 이상일 경우 모두 기재				

▮ 신청자(수령자) 및 신청정보

신청금액	원

신청자 정보	☐ 본인 ☐ 보호자(가족) ☐ 의료기관 ☐ 기타 ( )	※ 신청자가 본인이 아닌 경우 작성 ※ 성 명		※ 전화번호	
예금주		환자와의 관계	☐ 본인 ☐ 보호자(가족) ☐ 의료기관 ☐ 기타 ( )		
은 행 명		계좌번호			

※ 환자(본인)와 예금주(수령인)이 다를 시 작성

환자(본인) _____(은)는 예금주(수령인) _____(에)게 치료비 수령을 위임하며,
대리 수령인에게 지급된 치료비에 따른 일체의 책임은 환자(본인)가 질 것을 확인합니다.

동의(확인)여부	☐ 동 의 (확 인)	환자(본인)서명	

▮ 필수 안내사항

1. **부정청구(거짓, 허위 청구, 과다 청구, 중복 청구, 목적 외 사용, 오지급)**로 치료비 지원을 받은 경우 반드시 지원받은 비용 및 부정이익(이자)을 반환하여야 하며, 반환하지 않을 시 형법 및 관련법률(공공재정환수법 제2장(부정이익 등의 환수 및 제재 부가금의 부과·징수 등))에 의해 처벌받을 수 있음
2. 신청서 제출 후 예산 소진, 지원 대상 부적합, 서류 불충분 등의 사유로 지원 불가할 수 있음

환자(본인) _____(은)는 민간보험 및 타 치료비 지원사업과 중복하여
경기도 정신건강 외래치료비 지원을 받지 않을 것을 서약하며,
중복/ 부정/ 오지급 청구 등으로 치료비 실비를 초과하여 지원받을 경우
해당 초과분에 대해 즉시 상환 또는 반환할 것을 서약합니다.

동의(확인)여부	☐ 동 의 (확 인)	환자(본인)서명	

상기 신청인은 위의 내용을 숙지하고, 경기도 정신건강 외래치료비 지원을 신청합니다.

신청일 : 2026년 월 일

성 명 (환자본인)	(인)	법정대리인	(인)
		관 계	☐ 부 ☐ 모 ☐ (외)조부 ☐ (외)조모 ☐ 자녀 ☐ 기타 ( )

정신건강사업안내[청소년·청년 정신건강 조기중재사업]에 따라 18세 이하 청소년의 경우 법정대리인의 동의가 필요합니다.

시(군)정신건강복지(자살예방)센터장 귀하