[붙임1]

치과치료 지원사업 신청서

신청기관	기관명					
	담당자			연락처		
신청대상	이름		성별		연령	
	생년월일		장애명/정도		연락처	
	주소					
주거 및 경제현황	주거	□월세(만원) □전세(만원) □기타( )			경제상황	□수급 □차상위
	월소득	□수급비(만원) □근로소득(만원) □기타(만원)			부채	원
치아관련	치료항목	□충치치료 □보철치료 □기타( )			치아보험	□유 □무

	관계	성명	나이	직업(학교명)	동거여부	비고
가족사항						

사례 내용	* 개인력 및 가족관계/사회적관계
	* 건강상황 및 지원의 필요성
추천자 의견	

지원신청자는 2023강태원복지재단 저소득 발달장애인 치과치료 지원을 받고자 위와 같이 지원 신청서를 제출합니다.
지원신청자는 신청서에 작성된 내용이 사실과 다름 없음을 확인하고, 신청서에 작성된 내용이 사실과 다를 경우 지원이 취소 될 수 있으며, 이에 대한 어떠한 이의도 제기할 수 없음을 확인했습니다.

2023년 월 일

기관명: 담당자: (인)

용인시 기흥장애인복지관