## 위임장

위임자 (환자)	성명		전화번호		
	주소				
	생년월일				
위임받는자 (대리인)	성명		전화번호		
	주소				
	생년월일		구분	<ul><li>□ 가족 및 친족</li><li>□ 기타</li><li>(환자와의 관계:</li></ul>	)
보건소 소속 공무원 신청 대리 여부	□ 예 □ 아니오				
위임내용	□ 암환자의료비지원사업 등록신청 □ 암환자의료비지원사업 지원신청 □ 기타( )				
암화자의료비지워 신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임한니다					

년 월

위임자(환자): (서명 또는 인)

## 관악구보건소장 귀하

## 유의사항

- 1. 위임을 받은 자(환자)은 본 위임장과 위임자의 주민등록증 운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 시본을 제출해야 하며, 수 임인의 주민등록증 운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서를 보건소에 함께 제시하여야 합니다.
- 2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 암환자의료비지원을 받은 자 또는 제 3자로 하여금 그 의료비지원을 받게 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
- 3. 관할 보건소 공무원이 대리 지원신청을 하는 경우 환자 또는 환자의 대리인이 자필서명을 해야 합니다.
- 4. 위임받는자(대리인) 유형 중 해당되는 곳에 표기를 해야 합니다.
  - 기족: 「민법」 제779조에 따른 기족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우 자의 형제자매
  - 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
  - 기타: 기족, 친족을 제외한 그 밖의 사람 (보건소 소속 공무원 제외)
  - \* 보건소 소속 공무원: 「암관리법」 제13조 및 같은 법 시행령 제10조에 따른 관할 보건소 소속 공무원