

[서식4]

## 정신질환자 치료비 지급 환수 결정 통보서

정신질환자 진료비 지원 사업을 통해 치료비를 지원 받은 자에 대하여 정신질환자의 치료비 지원금의 환수 결정 내역을 통보합니다.

치료비 지원을 받은 기관	의료기관명		요양기관 기호	
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
지원대상자	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호		휴대폰번호	
	지원 대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 기타(                      )		
환수결정금액	원			
환수사유				

귀 기관에 지급된 정신질환자 치료비 지원금에 대한 환수 결정내역을 위와 같이 통보합니다. 이 처분에 대하여 이의가 있는 경우에 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내 문서(전자문서 포함)로 관할 보건소로 신청하시면 됩니다. 다만, 처분이 있는 날부터 180일이 지나면 제기 불가함을 알려드립니다.

년      월      일

담당자 :                      (전화번호 :                      )

\_\_\_\_\_보건소장 (직인생략)