

2017 장애인 무료틀니/보철 지원사업



서울특별시 장애인치과병원에서

저소득 장애인의 구강건강 증진을 통하여 삶의 질 향상을 도모하기 위해
‘2017 장애인 무료틀니/보철 지원사업’을 아래와 같이 시행합니다.
많은 관심과 참여 부탁드립니다.

< 대 상 >

- ① 서울시 거주 등록 장애인 중,
- ② 기초생활수급자(의료급여) 또는 차상위 계층

< 지원내용 >

1인 최대 틀니 2개(상/하악 틀니), 보철(지대치) 4개
*추가비용 발생시 감면을 적용하여 본인부담

< 선정절차 >

- 원내 신청기간 중 접수하여 심사를 통해 선정
- 잔여 치아 수, 저작기능, 의치적합도 등의 의료적 상황과 장애등급, 경제적 수준, 가족지지, 외부지원 등의 사회경제적 상황을 고려하여 심사

< 신청일정>

내 용	기 간
신청 및 접수	2017.02.10.(금)~2017.04.19.(화)
결과 발표	2017.04.28.(금)

< 신청방법 >

- ① 예 약 : 구강검진을 위한 진료예약 ☎ 02-2282-0012
(예약 시 무료틀니/보철 지원사업 신청 원하신다고 말씀해 주세요)
- ② 내원/상담 : 진료일에 내원하여 구강검진 및 의료사회복지사 상담 시행
- ③ 서류 제출 : ‘장애인 무료틀니/보철 지원사업’ 신청서 및 구비서류 제출
(제출처 : 1층 의료사회사업실)
- ④ 결과 발표 : 개별 통보 및 병원 홈페이지 공지(2017.04.28.)

< 구비서류>

기초생활수급자증명서, 의료급여증명서 또는 차상위계층 확인서 1부,
주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부,
주거확인서류(임대차계약서/무상거주확인서/시설재원증명서) 1부,
부채증명서(해당자), 외부기관 추천서(해당자)

