

치매치료관리비

지원 사업 안내

“치매환자와 가족의 경제적 부담을 완화하고자
소득기준 제한 없이 지원해드립니다!”

신청 대상

- 만 60세 이상 주민등록상 군산 시민(초로기 치매환자 해당)
 - 치매로 진단받고(F00~3, F10.7, G30, G31 등)
 - 치매치료제 성분이 포함된 약을 복용하는 자
 - **소득기준 제한 없이** 지원 가능
- ※ 대상자 선정 제외 : 보훈대상자의료지원 등

지원 내용

치매약제비 및 당일 진료비 본인부담금

지원 금액

월 최대 3만원(연 36만원) 한도 내 실비 지원

구비 서류

- 소견서(CDR 또는 GDS 점수, 최초진단일 기재)
- 당해연도 처방전(질병코드 포함)
- 신분증, 통장 사본
- 등본, 건강보험자격확인서, 납부확인서
(행정정보공동이용 사전동의서 작성 시 제출 생략)
- 보호자 대리 신청 시 : 보호자 신분증, 가족관계증명서, 위임장(또는 도장)

신청 방법

방문 신청
군산시치매안심센터(공단대로 482) 또는
보건소(수송동로 58)



군산시치매안심센터
문의 : 063) 454-5870

