

발 간 등 록 번 호

11-1352000-000870-10

# 2024

## 모자보건사업 안내

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE



보건복지부





## 2024년 모자보건사업 주요 변경내용

### I ○ 모자보건사업 추진방향

1. 현황 ..... 2
2. 2024년 모자보건정책 추진 방향 ..... 4
3. 2024년 국고보조 ..... 5

### II ○ 모성건강

1. 표준모자보건수첩 제공 ..... 10
2. 임신·출산·육아 종합정보제공 ..... 13
3. 성·생식건강에 관한 정보제공 등 ..... 16
4. 출산 친화적 환경조성 ..... 18
5. 위기임신 상담 ..... 21
6. 산후조리원 감염 및 안전관리 ..... 22

### III ○ 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

1. 사업개요 ..... 26
2. 서비스 대상자 선정 ..... 32
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용 ..... 36
4. 서비스 실시 ..... 40
5. 예산 집행 및 정산 ..... 41

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6. 비용의 지불 정산 .....                                                                                                 | 45 |
| 7. 개인정보 관리 .....                                                                                                   | 48 |
|  청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업 (Q&A) ..... | 49 |

#### IV ○ 난임부부 시술비 지원사업

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 사업개요 .....                                                                                             | 88  |
| 2. 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 .....                                                                        | 97  |
| 3. 지원대상자 자격조사 및 지원결정 .....                                                                                | 103 |
| 4. 시술비 청구 및 지급 .....                                                                                      | 105 |
| 5. 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영 .....                                                                            | 111 |
| 6. 난임시술 의료기관 지정 .....                                                                                     | 112 |
| 7. 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공 .....                                                                             | 116 |
| 8. 기타 행정사항 .....                                                                                          | 122 |
|  난임부부 지원사업 (Q&A) ..... | 123 |

#### V ○ 고위험 임신부 의료비 지원사업

|                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 사업개요 .....                                                                                                    | 164 |
| 2. 지원대상 .....                                                                                                    | 168 |
| 3. 지원내용 .....                                                                                                    | 173 |
| 4. 지원절차 .....                                                                                                    | 175 |
| 5. 사업관리 .....                                                                                                    | 179 |
|  고위험 임신부 의료비 지원사업 (Q&A) ..... | 192 |



## VI ○ 영유아 사전예방적 건강관리

|                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 사업개요 .....                                                                                                | 198 |
| 2. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 .....                                                                                 | 202 |
| 3. 선천성대사이상 검사 및 환아관리 .....                                                                                   | 230 |
| 4. 선천성 난청검사 및 보청기 지원 .....                                                                                   | 257 |
|  영유아 사전예방적 건강관리 (Q&A) ..... | 286 |

## VII ○ 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 사업개요 .....                                                                                                      | 294 |
| 2. 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내 .....                                                                                     | 298 |
| 3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용 .....                                                                                       | 314 |
| 4. 사업비용 관리 및 정산 .....                                                                                              | 324 |
|  저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 (Q&A) ..... | 355 |

# 2024년 모자보건사업 주요 변경내용

## 공통

목 차

'23년도

'24년도

가구원수·가임유형별 기준중위소득 판정기준표

\* 대상자 선정기준은 별도의 안내가 있을 때까지 기준중위소득에 따른 건강보험료 판정 기준표 활용

【2023년 가구원수·가임유형별 기준중위소득 80% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

| 가구원수 | 기준중위소득(80%) | 건강보험료 본인부담금(고지금액 기준) |         |         |
|------|-------------|----------------------|---------|---------|
|      |             | 직장가입자                | 지역가입자   | 혼합      |
| 2인   | 2,765,000   | 98,924               | 32,295  | 99,340  |
| 3인   | 3,548,000   | 126,502              | 74,650  | 127,725 |
| 4인   | 4,321,000   | 153,999              | 116,161 | 155,838 |
| 5인   | 5,065,000   | 181,294              | 139,405 | 183,861 |
| 6인   | 5,783,000   | 206,304              | 167,633 | 209,382 |
| 7인   | 6,487,000   | 230,142              | 196,236 | 233,952 |
| 8인   | 7,190,000   | 255,791              | 229,312 | 261,015 |
| 9인   | 7,894,000   | 284,769              | 264,991 | 291,898 |
| 10인  | 8,597,000   | 309,670              | 293,801 | 320,126 |

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

【2024년 가구원수·가임유형별 기준중위소득 80% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

| 가구원수 | 기준중위소득(80%) | 건강보험료 본인부담금(고지금액 기준) |         |         |
|------|-------------|----------------------|---------|---------|
|      |             | 직장가입자                | 지역가입자   | 혼합      |
| 2인   | 2,947,000   | 104,866              | 38,455  | 105,889 |
| 3인   | 3,772,000   | 134,671              | 80,190  | 135,906 |
| 4인   | 4,584,000   | 163,987              | 118,770 | 165,995 |
| 5인   | 5,357,000   | 191,507              | 140,849 | 194,124 |
| 6인   | 6,095,000   | 217,374              | 170,355 | 220,815 |
| 7인   | 6,812,000   | 243,098              | 200,356 | 247,170 |
| 8인   | 7,530,000   | 271,291              | 233,543 | 277,236 |
| 9인   | 8,247,000   | 296,718              | 262,392 | 304,986 |
| 10인  | 8,964,000   | 324,452              | 291,356 | 336,105 |

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

【2023년 가구원수·가임유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

| 가구원수 | 기준중위소득(180%) | 건강보험료 본인부담금(고지금액 기준) |         |         |
|------|--------------|----------------------|---------|---------|
|      |              | 직장가입자                | 지역가입자   | 혼합      |
| 2인   | 6,222,000    | 222,624              | 187,378 | 226,361 |
| 3인   | 7,983,000    | 284,769              | 264,991 | 291,898 |
| 4인   | 9,722,000    | 346,067              | 335,569 | 359,887 |
| 5인   | 11,396,000   | 434,962              | 436,179 | 476,875 |
| 6인   | 13,011,000   | 476,875              | 481,248 | 521,613 |
| 7인   | 14,594,000   | 521,613              | 527,523 | 563,270 |
| 8인   | 16,177,000   | 625,329              | 628,210 | 729,187 |

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

(삭제)

## II. 모성건강

| 목 차                            | '23년도                                | '24년도                                                                                    |
|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>① 표준모자보건수첩 제공</b>           |                                      |                                                                                          |
| 나. 사업내용                        | (중략)<br>● 예산<br>- (중략)               | (중략)<br>● 예산<br>- 예산구분 : 지방비 100%                                                        |
| 라. 사업<br>추진체계                  | (중략)                                 | (전부 개정)                                                                                  |
| <b>② 임신·출산·육아 종합정보제공(아이사랑)</b> |                                      |                                                                                          |
| [참고자료 1]                       | (중략)                                 | (예시 화면 전부 개정)                                                                            |
| <b>③ 성·생식건강에 관한 정보제공 등</b>     |                                      |                                                                                          |
| 목적                             | (중략)                                 | (중략)<br>● 임신·출산 관련 약물복용 등에 대한 정확한<br>정보제공을 통해 안전한 출산 환경 조성                               |
| 가. 추진방향                        | (중략)                                 | (중략)<br>● 임신 및 모유수유 중 약물복용, 음주, 흡연<br>관련 상담 서비스 제공 및 온·오프라인<br>대국민 홍보                    |
| 나. 사업내용                        | (중략)                                 | (중략)<br>● 임신·모유수유 중 안전한 약물사용에 대한<br>상담서비스 제공 및 사전예방적 관리를 위한<br>대국민 홍보(임산부 약물복용 관련 정보 제공) |
| <b>⑤ 위기임신 상담</b>               |                                      |                                                                                          |
|                                | 가. 임산부 약물정보 제공<br>(중략)<br>나. 위기임신 상담 | (삭제)<br>가. 위기임신 상담                                                                       |

### III. 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

| 목 차                          | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | '24년도                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ㉔ 서비스 대상자 선정                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 라. 서비스 개요                    | * (연령 산정 예시) '03. 2. 10. 출생한 김산모가 청소년산모 임신·출산 의료비 지원을 받기 위한 임신확인일은 언제까지 인가요? ('23. 2. 9.)                                                                                                                                                                                                                                     | * (연령 산정 예시) '04. 2. 10. 출생한 김산모가 청소년산모 임신·출산 의료비 지원을 받기 위한 임신확인일은 언제까지 인가요? ('24. 2. 9.)                                                                                                                                                          |
| 💡 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업 (Q&A) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 질의응답                         | <p>Q 11. '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 '임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있나요?</p> <p>A 국민건강보험(또는 의료급여)에 가입된 만 19세 이하 산모는 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있습니다.<br/> <u>예를 들어, 두 가지 지원을 모두 신청한 단태아 임신부의 경우, 총 220만원의 지원금을 이용하실 수 있습니다.</u><br/> <u>동시 이용자인 경우 건강보험 임신·출산 진료비 지급금이 먼저 차감되고 그 후 청소년산모 임신·출산 의료비 지원금이 차감됩니다.</u></p> | <p>Q 11. '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 '임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있나요?</p> <p>A 국민건강보험(또는 의료급여)에 가입된 만 19세 이하 산모는 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있습니다.<br/> <u>동시 이용자인 경우 건강보험 임신·출산 진료비 지급금이 먼저 차감되고 그 후 청소년산모 임신·출산 의료비 지원금이 차감됩니다.</u></p> |



| 목 차                         | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | '24년도                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | * 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정(보건복지부고시 제2023-280호, 2023. 12. 27.)                                                                                                                                           |
| 마. 기본방향                     | <p>(중략)</p> <p>- 건강보험 적용 후 일부 저소득 및 중산층에게 부담되는 경제적 부담 완화, 한정된 예산 등을 고려하여 지원횟수와 지원액을 제한</p> <p>(중략)</p> <p>● 그 외, 지자체는 지역 상황을 고려하여 지원범위를 자율적으로 결정하되, 본 지침에서 정한 지원내용* 외 추가 지원을 할 경우에는 최소한 본 지침에서 정한 지원범위(지원대상자 소득기준, 최대지원횟수, 지원금액)는 반드시 준수</p> <p>* 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 전액본인 부담금 및 비급여(배아동결비, 착상유도제 및 유산방지제)</p> | <p>(중략)</p> <p>- (삭제)</p> <p>(중략)</p> <p>● 그 외, 지자체는 지역 상황을 고려하여 지원범위를 자율적으로 결정하되, 본 지침에서 정한 지원내용* 외 추가 지원을 할 경우에는 최소한 본 지침에서 정한 지원범위는 반드시 준수</p> <p>* 난임시술비 중 일부 및 전액 본인부담금, 일부 비급여(배아동결비, 착상유도제 및 유산방지제)</p> |
| ㉔ 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |
| 나. 지원범위 및 내용                | <p>(중략)</p> <p>※ 공난포 발생 시, 건강보험 횟수 차감 없이 본인부담률 30% 적용 중에 있으므로, 정부지원 불가능</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>(중략)</p> <p>※ 공난포 등 건강보험 횟수 차감이 없는 경우 정부지원 불가능</p>                                                                                                                                                          |
| 다. 선정기준                     | <p>(중략)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>(삭제)</p>                                                                                                                                                                                                    |
| 다. 신청 접수                    | <p>(중략)</p> <p>- 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청 시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서 등)제출</p> <p>● (중략)</p> <p>※ (중략)</p> <p>※ 사실상 혼인관계로 체외수정 및 인공수정 각 최초 신청 시, 방문 신청 필요(온라인</p>                                                                                                                                                         | <p>(중략)</p> <p>- 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청 시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서(상세) 등)제출</p> <p>● (중략)</p> <p>※ (중략)</p> <p>※ 사실상 혼인관계인 경우, 최초 신청 시 방문 신청 필요(온라인 신청 불가)하며,</p>                                   |

| 목 차                        | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><u>신청 불가</u></p> <p>(중략)</p> <p>④ (중략)</p> <p>⑤ 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계 비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있는 경우 가족관계증명서 1부 제출)</p> <p>● 추가 첨부서류</p> <p>⑥~⑨ (중략)</p> <p>(중략)</p> <p>- 주민등록등본* 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부</p> <div> <p>'행정정보 공동이용' 활용 안내</p> <p>(중략)</p> <p>- 주민등록정보(주민등록등본) : 가구원, 가족 수 확인 (동일 거주지에 등재 및 동거함이 원칙)</p> <p>- 건강보험 자격확인 및 건강보험료 납부확인서상의 고지금액*</p> <p>- 사업자등록증명</p> </div> | <p><u>보건소장은 사실상 혼인관계를 확인하기 위해 이후에도 추가 방문을 요구할 수 있음</u></p> <p>(중략)</p> <p>④ (삭제)</p> <p>⑤ 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계 비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있는 경우 가족관계증명서 (상세) 1부 제출)</p> <p>※ ③~④의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략</p> <p>● 추가 첨부서류</p> <p>⑥~⑨ (삭제)</p> <p>(중략)</p> <p>- 주민등록등본* 및 가족관계증명서 (상세) 당사자별 각 1부</p> <div> <p>'행정정보 공동이용' 활용 안내</p> <p>(중략)</p> <p>- (삭제)</p> <p>- 건강보험 자격확인 및 건강보험료 납부확인서상의 고지금액 <u>요무*</u></p> <p>* <u>고지금액이 0원인 경우 급여개시유효일 등 건강보험 자격이 정상적으로 유효한지 파악하여야 함</u></p> <p>- (삭제)</p> </div> |
| <b>㉓ 지원대상자 자격조사 및 지원결정</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 가. 지원대상<br>자격조사            | <p>● 시·군·구 보건소에서 신청서 접수시마다 연령·소득 등 선정기준 조사</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>● 시·군·구 보건소에서 신청서 접수시마다 연령 등 자격기준 조사</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 나. 지원대상자<br>지원결정           | <p>(중략)</p> <p>● <u>신청자격, 선정기준 등 제출서류가 지원 기준에 적합한 경우 지원결정통지서를 발급</u></p> <p>- 지원결정통지서 발급 유효기간은 발급 일로부터 3개월임(시술시작일 기준).</p>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>(중략)</p> <p>● <u>신청자격 및 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 지원결정통지서를 발급</u></p> <p>- 지원결정통지서 발급 유효기간은 발급 일로부터 3개월임</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 목 차 | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <p>3개월 내 시술을 시작하지 않고 유효기간 경과 한 경우 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 지원결정통지서를 새로 발급받아야 함.</p> <p>※ 보건소 및 정부 난임시술 지정기관에서는 지원 유효기간 경과 시 재신청을 통한 자격요건 재확인 후 지원결정통지서를 재발급 받아야 한다는 사실에 대하여 지원결정통지서 발급 및 의료기관 내방 시 반드시 안내</p> <p>※ 통지서 분실 시, 기존 통지서와 동일한 유효기간으로 재출력하여 배부(단, 유효기간 변경을 원할 시에는 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 새로 발급받아야 함)</p> | <p>※ 보건소 및 정부 난임시술 지정기관에서는 지원 유효기간 경과 시 재신청을 통한 자격요건 재확인 후 지원결정통지서를 재발급 받아야 한다는 사실에 대하여 지원결정통지서 발급 및 의료기관 내방 시 반드시 안내</p> <p>- 통지서 분실 시, 기존 통지서와 동일한 유효기간으로 재출력하여 배부</p> <p>● 유효기간 내 시술을 시작하지 않고 유효기간이 경과 한 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 지원결정통지서를 새로 발급받아야 함</p> <p>- 단, 유효기간 변경을 원할 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 새로 발급받아야 함</p> <p>● 지원결정통지서 발급 이후 난임시술 종류를 변경하여야 하는 경우, 해당 시술 지원 신청용 진단서 등 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 기존 발급일에 맞춰 기존 지원 결정통지서의 난임시술 종류를 변경하여 교부</p> <p>예) 체외수정 중 신선배아 방식을 동결배아 방식으로 변경하고자 하는 경우(신선→동결) 등</p> <div> <p><b>《사실상 혼인관계 부부 지원결정통지서 발급 안내》</b></p> <p>1) '사실상 혼인관계' 확인은 지원신청 접수일 기준으로 하며, 사실혼 확인에 대한 유효기간은 해당 신청에 따른 지원결정통지서 발급일로부터 6개월임</p> <p>2) 사실혼 확인 유효기간 내 또 다른 난임시술을 받는 경우, 사실상 혼인관계인 경우 제출하는 서류를 생략할 수 있음</p> <p>3) 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일이 지원결정통지서 유효기간 종료일보다 선행할 경우 해당 통지서의 유효기간 종료일은 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일로 함</p> </div> |



| 목 차                        | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|-----------|------|-------------|----|------|----|----|----|--------|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|------|-----------|------|-------------|----|------|----|----|----|--------|-----|----|----|----|-----|----|----|----|
| 다. 건강보험 적용을 위한 사실상 혼인관계 인정 | <ul style="list-style-type: none"><li>● 기준중위소득 180%를 초과하더라도, 사실상 혼인관계를 확인한 경우라면 건강보험 적용을 위해 지원결정통지서를 배부<ul style="list-style-type: none"><li>- 다만, 지원결정통지서 내에 '지원한도액'을 해당사항없음 (건강보험 급여만 적용)에 체크 후 배부하여야 함</li></ul></li><li>※ 사실상 혼인관계 인정은 지원신청 접수일 기준 사실상 혼인관계임을 확인해야 하며, 사실혼 확인에 대한 유효기간은 발급일로부터 6개월임(시술시작일 기준)</li><li>※ 유효기간 내에 난임시술(건강보험 적용)을 받는 경우, 기존 확인서와 동일한 유효기간으로 재출력하여 배부(단, 난임부부 시술비 지원대상에 대한 지원결정통지서는 시술비신청시마다 발급</li></ul>                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>● 사실상 혼인관계를 확인한 경우라면 건강보험 적용만을 위해 지원결정통지서를 배부 가능<ul style="list-style-type: none"><li>- 다만, 지원결정통지서 내에 '지원한도액'을 해당사항없음 (건강보험 급여만 적용)에 체크 후 배부하여야 함</li></ul></li><li>● 사실상 혼인관계 확인 유효기간 내 또 다른 난임시술(건강보험 적용)을 받는 경우, 기존 통지서를 재출력하여 배부할 수 있음</li></ul> |           |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| ④ 시술비 청구 및 지급              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 가. 시술비 청구                  | <p>(중략)</p> <p>※ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별칙 제6호 서식) 참조</p> <table border="1"><caption>■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별칙 제6호 서식) (개정 2017. 6. 29.)</caption><caption>[ ] 외래 [ ] 입원 [ ] 특원 [ ] 종간 진료비 계산서·영수증</caption><tr><th>환자등록번호</th><th>환자 성명</th><th>진료기간</th><th>비고(영수증일시)</th></tr><tr><td>진료과목</td><td>출생년(0000년월)</td><td>성별</td><td>환자구분</td></tr><tr><td>입력</td><td>입원</td><td>외래</td><td>공적선정내역</td></tr><tr><td>간 호</td><td>간호</td><td>간호</td><td>간호</td></tr><tr><td>입 호</td><td>입호</td><td>입호</td><td>입호</td></tr></table> | 환자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 환자 성명     | 진료기간 | 비고(영수증일시) | 진료과목 | 출생년(0000년월) | 성별 | 환자구분 | 입력 | 입원 | 외래 | 공적선정내역 | 간 호 | 간호 | 간호 | 간호 | 입 호 | 입호 | 입호 | 입호 | <p>(중략)</p> <p>※ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별칙 제6호 서식) 참조</p> <table border="1"><caption>■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별칙 제6호 서식) (개정 2017. 6. 29.)</caption><caption>[ ] 외래 [ ] 입원 [ ] 특원 [ ] 종간 진료비 계산서·영수증</caption><tr><th>환자등록번호</th><th>환자 성명</th><th>진료기간</th><th>비고(영수증일시)</th></tr><tr><td>진료과목</td><td>출생년(0000년월)</td><td>성별</td><td>환자구분</td></tr><tr><td>입력</td><td>입원</td><td>외래</td><td>공적선정내역</td></tr><tr><td>간 호</td><td>간호</td><td>간호</td><td>간호</td></tr><tr><td>입 호</td><td>입호</td><td>입호</td><td>입호</td></tr></table> | 환자등록번호 | 환자 성명 | 진료기간 | 비고(영수증일시) | 진료과목 | 출생년(0000년월) | 성별 | 환자구분 | 입력 | 입원 | 외래 | 공적선정내역 | 간 호 | 간호 | 간호 | 간호 | 입 호 | 입호 | 입호 | 입호 |
| 환자등록번호                     | 환자 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 진료기간                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 비고(영수증일시) |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 진료과목                       | 출생년(0000년월)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 성별                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 환자구분      |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 입력                         | 입원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 외래                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 공적선정내역    |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 간 호                        | 간호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 간호                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 간호        |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 입 호                        | 입호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 입호                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 입호        |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 환자등록번호                     | 환자 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 진료기간                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 비고(영수증일시) |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 진료과목                       | 출생년(0000년월)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 성별                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 환자구분      |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 입력                         | 입원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 외래                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 공적선정내역    |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 간 호                        | 간호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 간호                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 간호        |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 입 호                        | 입호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 입호                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 입호        |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |
| 나. 시술비 지급 기준 및 절차          | <p>(중략)</p> <p>※ 단, 자연주기의 경우 시술기간의 시작은 생리 시작 후 제2~3일경 시술의료기관에 내원한 경우라면, 내원일이 시술 시작일로 봄(건강보험 적용 기준과 동일)</p> <p>(중략)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● (보건소의 비용 지급 절차) 시·군·구(보건소)에서는 시술비 청구서 접수일로부터 가급적 30일 이내에 해당 의료기관 및 지원대상자</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>(중략)</p> <p>※ 과배란 유도 시 약제 처방일 또는 자연주기 이용 시 생리 시작 후 내원일부터 적용 단, 남성 난임으로 상기 기간 이전에 정자채취 및 처리를 시행하는 경우 정자채취 및 처리 시행일부터 적용(건강보험 적용 기준과 동일)</p> <p>(중략)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● (보건소의 비용 지급 절차) 시·군·구(보건소)에서는 시술비와 약제비 청구서가 모두 접수된 날로부터 가급적 30일 이내에 해당</li></ul>          |           |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |       |      |           |      |             |    |      |    |    |    |        |     |    |    |    |     |    |    |    |

| 목 차                                                                                                          | '23년도                                                                                          | '24년도                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                              | (개인)에게 시술비 지급(계좌 송금)                                                                           | 의료기관 및 지원대상자(개인)에게 시술비 지급(계좌 송금)                                                                                                                                                                         |
| <b>⑦ 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공</b>                                                                                |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                              | (중략)                                                                                           | (전부 개정)                                                                                                                                                                                                  |
|  <b>난임부부 지원사업 (Q&amp;A)</b> |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>■ 지원신청 자격</b>                                                                                             | <b>Q</b> 3. 오늘 혼인신고하고, 혼인신고 접수증 제출하였을 경우 난임부부 신청 가능한지?<br><u>(소득·재산조건 맞춤)</u><br><b>A</b> (중략) | <b>Q</b> 3. 오늘 혼인신고하고, 혼인신고 접수증 제출하였을 경우 난임부부 신청 가능한지?<br><b>A</b> (중략)                                                                                                                                  |
|                                                                                                              |                                                                                                | <b>Q</b> 5. 다른 나라의 영주권자(우리나라 국적 보유, 주민등록주소)와 외국인(미국국적) 부부가 건강보험 가입한 경우 난임부부 지원이 가능한가요?<br><b>A</b> 영주권국 신고를 하고 주민등록 생성·재등록 및 부부 모두 건강보험 가입, 보험료 고지 여부가 확인된 경우는 지원가능. 다만, 재외국민 주민등록자와 외국인(미국국적) 부부는 지원불가. |
|                                                                                                              |                                                                                                | <b>Q</b> 6. 1차 지원결정통지를 받고 시술종료 (1차신청 당시 부부 모두 건강보험가입) 후 남편만 영주권 취득하면서 건강보험 미가입 상태로 변경됨. 이 경우 1차 지원결정 근거로 2차 지원이 가능한가요?<br><b>A</b> 불가. 지원기준이 부부 모두 건강보험 가입자여야 하므로 남편이 건강보험 가입할 경우 지원이 가능합니다.             |
|                                                                                                              |                                                                                                | <b>Q</b> 7. '19년 1월 해외 여행갔다가 2월에 국내 들어와서 건강보험 자격회복하고 건강보험 급여정지해제 후 2월에 바로 난임시술 하려고 합니다. '19년 1월 건강보험료는 "0"이고, 최근월분 확인되는 것은 '18년 12월분 보험료만 확인됩니다. '19년 2월분 고지금은 확인되지 않습니다. 이 경우                           |

| 목 차 | '23년도 | '24년도                                                                                                                                                                                            |
|-----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       | <p><b>지원결정 해야 하나요?</b></p> <p><b>A</b> '19년 2월 건강보험료 고지금액 유무 확인 이후 신청 가능(입국하여 보험급여 정지 해제 후 고지된 납부확인서상의 고지금액)</p>                                                                                 |
|     |       | <p><b>Q</b> 8. 남편 직장일로 해외거주. 건강보험가입자 자격정지됨. 난임시술을 위하여 일주일간 입국하였고 입국기간 동안 자격회복 후 건강보험 자격 정리 후 난임지원 신청 가능한가?</p> <p><b>A</b> 입국 후 건강보험 자격취득 및 보험급여 정지 해제 처리 후 첨부 서류를 모두 제출할 수 있다면 난임지원 신청 가능함.</p> |
|     |       | <p><b>Q</b> 9. 남편이 해외 체류 중인 경우</p> <p><b>A</b> 부부가 모두 건강보험 가입자 이어야 하므로 남편의 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 기준에 부합하면 지원 가능합니다.</p>                                                                             |
|     |       | <p><b>Q</b> 10. 우리나라 거주하는 미군남편(건강보험 가입 안됨)과 결혼한 한국인부인(건강보험 가입)이 난임부부 신청이 가능한가요?</p> <p><b>A</b> 불가. 부부모두 건강보험에 가입해야만 지원 가능함.</p>                                                                 |
|     |       | <p><b>Q</b> 11. 외국유학, 외국에서 소득활동중인 자가 난임부부 지원을 받기 위해서는 국내 입국 하여 건강보험료를 납부해야 하나요?</p> <p><b>A</b> 국내 입국하여 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험료가 확인되어야 합니다.</p>                                               |
|     |       | <p><b>Q</b> 12.지원결정통지 후 시술은 받지 않은 상태에서 자연임신이 된 경우 철회하고 추후 지원하면 되는 건가요?</p> <p><b>A</b> 지원결정통지서 유효기간(3개월) 이후 자동 소멸되므로 별도의 철회 없이 추후 새로이 신청가능 함</p>                                                 |

| 목 차                    | '23년도                                                                                                   | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ 소득판별 기준              | (중략)                                                                                                    | (삭제)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ■ 시술 및 시술비 지급          | <p>Q 6. 민간단체, 직장등에서 시술비 전액을 지원받을 경우 정부지원이 가능한가요?</p> <p>A 시술비 전액을 지원받았다면 정부지원금 신청이 불가합니다.</p>           | <p>Q 6. 민간단체, 직장 등에서 시술비를 지원받을 경우 정부지원이 가능한가요?</p> <p>A 시술비를 지원받아 영수증 등에 반영되었다면 지원받은 금액은 청구가 불가하나, 지원범위에 해당하지 않는 나머지 본인부담금이나 비급여항목을 지원받아 청구서에 반영할 수 없다면 신청이 가능합니다(시술확인서 총 시술비는 지원금을 포함하여 작성).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ■ 난임시술 가이드라인 개정 관련 Q&A | <p>Q 2. 체외수정 진단서는 누가 발급해야 하나요?</p> <p>A 사실혼 관계에서 자연임신을 시도하였으나 임신이 되지 않은 경우도 난임기간으로 인정합니다(피임기간은 제외).</p> | <p>Q 2. 체외수정 진단서는 누가 발급해야 하나요?</p> <p>A 체외수정 진단서는 정부지정 난임시술 의료기관의 시술 의사가 발급 합니다.<br/>* 비뇨기와 의사는 정부지원 난임시술 진단서를 발급하지 않습니다.비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받았다면, 환자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 난임시술 진단서를 발급합니다.<br/>예시1) 비뇨기과에서 정액검사한 경우 : 시술 대상자는 비뇨기과에서 발급한 정액 검사 결과서를 정부지정 시술기관(산부인과) 시술의사에게 제출하고 시술 의사가 검토 후 판단<br/>예시2) 비뇨기과에서 남성요인(가이드라인 5번항목) 진단서를 발급받은 경우 : 비뇨기과에서 발급한 일반 진단서를 지정 의료기관 시술의사에게 제출하고, 지정 의료기관은 여성요인에 대한 검사 후 최종 진단서 발급</p> |
|                        | <p>Q 12. 체외수정 시술 확인서의 생성배아 수의 기준은?</p> <p>A (중략)</p>                                                    | (삭제)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                        | <p>Q 13. 체외수정 시술확인서상 배아 생성 현황의 “정상 배아”와 “비정상 배아”의 판별</p>                                                | (삭제)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 목 차             | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | '24년도                                                                     |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|------------|------|--|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|------|--|------|--|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <p>기준은 무엇인지?</p> <p>A (중략)</p> <p>Q 18. 정액검사결과서의 유효기간은?</p> <p>A 인공수정 및 체외수정 진단서 발급 일자 기준 6개월 이내 검사결과서로 인정</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Q 17. 정액검사결과서의 유효기간은?</p> <p>A 인공수정 및 체외수정 진단일 기준 6개월 이내 검사결과서로 인정</p> |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ■ 22년 확대 관련 Q&A | <p>(중략)</p> <p>Q 3. 기준중위소득 180% 초과자도 난임진단서를 청구해야하는지요?</p> <p>A (중략)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>■ 사실혼 확인 관련 (구분)</p> <p>(삭제)</p>                                       |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| [서식 제1호]        | <table><tr><td>가구 소득확인</td><td>(중략)</td></tr><tr><td>당연수급 자격 확인</td><td>(중략)</td></tr><tr><td></td><td>(중략)</td></tr><tr><td>첨부서류</td><td>1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br/>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br/>3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부(기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부)<br/>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br/>5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맛별이 사실 증명 서류 필요 시)<br/>6. 개인정보 제공동의서 1부<br/>7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br/>8. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br/>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br/>    * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출<br/>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br/>    * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음</td></tr></table> | 가구 소득확인                                                                   | (중략) | 당연수급 자격 확인 | (중략) |  | (중략) | 첨부서류 | 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br>3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부(기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부)<br>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br>5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맛별이 사실 증명 서류 필요 시)<br>6. 개인정보 제공동의서 1부<br>7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br>8. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br>* 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출<br>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br>* 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 | <table><tr><td>(삭제)</td><td></td></tr><tr><td>(삭제)</td><td></td></tr><tr><td>(중략)</td><td></td></tr><tr><td>첨부서류</td><td>1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br/>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br/>3. (삭제)<br/>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br/>5. (삭제)<br/>6. 개인정보 제공동의서 1부<br/>7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br/>8. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br/>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br/>    * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출<br/>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br/>    * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음</td></tr></table> | (삭제) |  | (삭제) |  | (중략) |  | 첨부서류 | 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br>3. (삭제)<br>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br>5. (삭제)<br>6. 개인정보 제공동의서 1부<br>7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br>8. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br>* 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출<br>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br>* 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 |
|                 | 가구 소득확인                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (중략)                                                                      |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 당연수급 자격 확인      | (중략)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                 | (중략)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 첨부서류            | 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br>3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부(기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부)<br>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br>5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맛별이 사실 증명 서류 필요 시)<br>6. 개인정보 제공동의서 1부<br>7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br>8. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br>* 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출<br>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br>* 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음                                                                                                                                                                                |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| (삭제)            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| (삭제)            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| (중략)            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 첨부서류            | 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br>3. (삭제)<br>4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br>5. (삭제)<br>6. 개인정보 제공동의서 1부<br>7. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br>8. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br>9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br>* 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출<br>10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br>* 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |      |            |      |  |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |  |      |  |      |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 목 차                  | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [서식 제2호]<br>[서식 제3호] |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 기존 진료받은 환자가 지원 신청을 위해<br>진료기록부 등에 따라 발급한 경우로 진단<br>연원일 작성란 추가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| [서식 제4호]             | <div> <div> <div>유효<br/>기간</div> <div> <input type="checkbox"/> 지원결정통지서 : 20 년 월 일~ 월<br/>일까지(유효기간 시작일로부터 3개월)<br/>* 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우<br/>자동 효력 상실(재신청을 통해 지원결정<br/>통지서 재발급 필요)<br/><br/> <input type="checkbox"/> 사실혼 확인 : 20 년 월 일~ 월<br/>일까지(유효기간 시작일로부터 6개월) </div> </div> <div> <div>&lt;준수사항&gt;</div> <div>           ③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서<br/>자유롭게 시술을 받되, <u>지원결정통지서</u><br/><u>발급일로부터 3개월 이내에</u> 시술을 시작(이하<br/>유효기간)하여야 합니다. 유효기간이 경과한<br/>경우, 반드시 새로운 결정통지서를 발급받아<br/>시술기관에 재제출하여야 시술비가 지원이<br/>됩니다. </div> </div> </div> | <div> <div> <div>유효<br/>기간</div> <div> <input type="checkbox"/> 지원사업 <input type="checkbox"/> 사실혼 20 년 월 일~ 월<br/>일까지<br/>* 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우<br/>자동 효력 상실(재신청을 통해<br/>지원결정통지서 재발급 필요) </div> </div> <div> <div>&lt;준수사항&gt;</div> <div>           ③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서<br/>자유롭게 시술을 받되, <u>지원결정통지서 유효기간</u><br/><u>내에</u> 시술을 시작하여야 합니다. 유효기간이<br/>경과한 경우, 반드시 새로운 결정통지서를<br/>발급받아 시술기관에 재제출하여야 시술비를<br/>지원 받을 수 있습니다. </div> </div> </div> |
| <표 1>                | <div> <div> <div>난임시술 의료기관 현황은 보건복지부<br/>홈페이지에서도 확인할 수 있습니다.<br/>* 보건복지부 홈페이지 → 정보공개<br/>(사전정보공표) → 인구아동/인구출산 →<br/>정부 체외수정(인공수정) 시술 지정기관<br/>현황</div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div> <div> <div>난임시술 의료기관 현황은 보건복지부와<br/>건강보험심사평가원 누리집,<br/>지역보건의료정보시스템(PHIS)에서 확인할 수<br/>있습니다.<br/>* PHIS : 진단서 등록/시술확인서 등록/청구<br/>- 난임시술 의료기관 검색 팝업 확인</div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## V. 고위험 임신부 의료비 지원

| 목 차               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | '23년도                                                                                                                                  | '24년도 |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| ① 사업개요            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 나. 추진경과           | 〈추가〉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ● '24년 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지                                                                                                         |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 다. 사업근거           | 다. 사업근거<br>모자보건법<br>• 제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 다. 사업근거<br>모자보건법<br>• 제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① (중략) ② 국가와 지방자치단체는 모자보건사업에 관한 시책을 마련하고 모성과 영유아의 보호자에게 적극적으로 홍보하여 국민보건 향상에 이바지하도록 노력하여야 한다. |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| ② 지원대상            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ② 지원대상 및 선정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ② 지원대상(* '24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 가. 지원대상           | ● (소득기준) 기준중위소득 180% 이하 가구의 구성원인 임신부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 〈삭제〉                                                                                                                                   |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 나. 선정기준           | 1) 소득요건 판정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 〈삭제〉                                                                                                                                   |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| ④ 지원절차            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 가. 지원신청           | ● 구비서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ● 구비서류                                                                                                                                 |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | <table><tr><th>구분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td rowspan="7">신청자<br/>제출<br/>(공통)</td><td>■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부</td></tr><tr><td>■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)<br/>- '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능</td></tr><tr><td>■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부<br/>- 입·퇴원확인서는 입원환수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</td></tr><tr><td>■ 주민등록등본 1부*</td></tr><tr><td>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br/>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</td></tr><tr><td>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의)</td></tr></table> | 구분                                                                                                                                     | 구비 서류 | 신청자<br>제출<br>(공통) | ■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부 | ■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)<br>- '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능 | ■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부<br>- 입·퇴원확인서는 입원환수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능 | ■ 주민등록등본 1부* | ■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능 | ■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의) | <table><tr><th>구 분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td rowspan="7">신청자<br/>제출<br/>(공통)</td><td>■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부</td></tr><tr><td>■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)<br/>- '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능</td></tr><tr><td>■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부<br/>- 입·퇴원확인서는 입원환수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</td></tr><tr><td>■ 주민등록등본 1부*</td></tr><tr><td>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의)</td></tr><tr><td>■ 신청인 신분증(본인 확인용)</td></tr><tr><td>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</td></tr></table> |  | 구 분 | 구비 서류 | 신청자<br>제출<br>(공통) | ■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부 | ■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)<br>- '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능 | ■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부<br>- 입·퇴원확인서는 입원환수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능 | ■ 주민등록등본 1부* | ■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의) | ■ 신청인 신분증(본인 확인용) | * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능 |
| 구분                | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 신청자<br>제출<br>(공통) | ■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)<br>- '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부<br>- 입·퇴원확인서는 입원환수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 주민등록등본 1부*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | 구 분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 구비 서류                                                                                                                                  |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
| 신청자<br>제출<br>(공통) | ■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)<br>- '임상적 추정' 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부<br>- 입·퇴원확인서는 입원환수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 주민등록등본 1부*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | ■ 신청인 신분증(본인 확인용)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |
|                   | * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |       |                   |                           |                                                                      |                                                                                                        |              |                              |                   |                                           |

| 목 차               | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                          |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|----------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|--|--|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <table><tr><th>구분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td></td><td><div>■ 신청인 신분증(본인 확인용)<br/>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div></td></tr><tr><td>해당자 제출 (추가)</td><td><div>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div><div>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</div><div>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</div><div>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)<br/>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</div><div>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약이행확인서 등) 1부</div></td></tr></table> | 구분                                                                                                                                                                                                                                                             | 구비 서류 |  | <div>■ 신청인 신분증(본인 확인용)<br/>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div> | 해당자 제출 (추가) | <div>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</div> <div>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</div> <div>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)<br/>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약이행확인서 등) 1부</div> | <table><tr><th>구 분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>해당자 제출 (추가)</td><td><div>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div><div>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</div><div>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</div><div>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br/>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div><div>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div></td></tr></table> | 구 분 | 구비 서류 |  |  | 해당자 제출 (추가) | <div>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</div> <div>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br/>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div> |
| 구분                | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                   | <div>■ 신청인 신분증(본인 확인용)<br/>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 해당자 제출 (추가)       | <div>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</div> <div>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</div> <div>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)<br/>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약이행확인서 등) 1부</div>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 구 분               | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 해당자 제출 (추가)       | <div>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</div> <div>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br/>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                   | <div>● 신청 기간 : 분만일로부터 6개월 이내</div> <div>- 신청기간을 경과한 신청 건은 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정할 경우 지원 가능</div> <div>- 지원 결정 이후 당해 출산 관련 진료비 누락이 발견된 경우 신청기간 충족 시 추가 신청 가능하나, 출산 이후 1회에 한해 지원하는 것이 원칙이므로 누락하지 않고 신청하도록 안내 필요</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>● 신청 기간 : 분만일로부터 6개월 이내</div> <div>* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, <u>보건소장이 6개월 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능</u></div> <div>** 지원 결정 이후 당해 출산 관련 진료비 누락이 발견된 경우 신청기간 충족 시 추가 신청 가능하나, 출산 이후 1회에 한해 지원하는 것이 원칙이므로 누락하지 않고 신청하도록 안내 필요</div> |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                   | <div>● 신청기관 : 신청일 기준, 임신부의 주민등록 주소지 관할 보건소</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>● 신청 방법 : 신청일 기준, 임신부의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청</div>                                                                                                                                                                           |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 다. 후원금 등의 공제 및 환수 | <div>● 타 법률·제도에 의하여 지원받거나 각종 후원 단체에서 후원받은 의료비 등이 있는 경우,(중략)</div> <div>※ 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우 1인당 지원한도는 300만원에서 후원금 등을 제외한 금액임</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>● 타 법률·제도에 의하여 지원받거나 각종 후원 단체에서 후원받은 의료비 등이 있는 경우,(중략)</div> <div>〈삭제〉</div>                                                                                                                                                                              |       |  |                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |       |  |  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



| 목 차 | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <div><p><b>예시</b> 조기진통 고위험 임신부의 진료<br/>내역서 상</p><p>급여의 본인부담금=330,260원, 전액본인부담금<br/>및 비급여 진료비 합산 금액=1,669,740원,</p><p>임산부 납부 총액(급여의 본인부담금+전액본인부<br/>담금+비급여진료비)=2,000,000원이고</p><p>후원단체에서 납부 총액의 일부인 500,000원을<br/>후원받은 경우,</p><p>⇒ 후원금에서 급여의 본인부담금(330,260원) 부<br/>분을 우선 공제한 후, 후원금 잔액 169,740원을<br/>전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액에<br/>서 추가 공제하여 지원대상 금액 1,500,000원<br/>산출, 지원을 90% 적용하여 최종지원금<br/>1,350,000원 결정<br/>(고위험 임신과 관련하여 50만원을 후원받았으<br/>므로 본 사업의 지원한도는 300만원에서 후원<br/>금을 제외한 금액인 250만원임)</p></div> | <div><p><b>예시</b> 조기진통 고위험 임신부의 진료<br/>내역서 상</p><p>급여의 본인부담금=330,260원, 전액본인부담금<br/>및 비급여 진료비 합산 금액=1,669,740원,</p><p>임산부 납부 총액(급여의 본인부담금+전액본인부<br/>담금+비급여진료비)=2,000,000원이고</p><p>후원단체에서 납부 총액의 일부인 500,000원을<br/>후원받은 경우,</p><p>⇒ 후원금에서 급여의 본인부담금(330,260원) 부<br/>분을 우선 공제한 후, 후원금 잔액 169,740원을<br/>전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액에<br/>서 추가 공제하여 지원대상 금액 1,500,000원<br/>산출, 지원을 90% 적용하여 최종지원금<br/>1,350,000원 결정<br/>&lt;삭제&gt;</p></div> |

## VI. 영유아 사전예방적 건강관리

| 목 차           | '23년도                                                                                                                                                                                                              | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>① 사업개요</b> |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 가. 사업목적       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 신생아의 선천성 장애 조기검진과 미숙아 등의 의료비 지원을 통한 장애 발생 예방 및 건강한 성장 발달 도모</li> </ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 영유아 선천성 건강위험요인의 조기 발견 및 의료비 지원 등을 통한 건강한 성장발달 도모</li> </ul>                                                                                                                                                                    |
| 나. 추진경위       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원) &lt;추가&gt;</li> </ul>                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- '24년 <u>소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지</u>, 선천성이상아 <u>의료비 지원기한 확대(1년 4개월 → 2년)</u> 및 <u>예외기간 인정(2년 후라도 의사 소견 시)</u></li> </ul> </li> </ul> |
|               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (선천성대사이상 검사 및 환아관리) &lt;추가&gt;</li> </ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (선천성대사이상 검사 및 환아관리)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- '24년 <u>소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지</u></li> </ul> </li> </ul>                                                                            |
|               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (선천성 난청검사 및 보청기 지원) &lt;추가&gt;</li> </ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (선천성 난청검사 및 보청기 지원)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- '24년 <u>소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지</u></li> </ul> </li> </ul>                                                                            |
|               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (취학 전 아동 실명예방)</li> </ul>                                                                                                                                                 | <삭제>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 다. 지원근거       | < 영유아보육법 ><br>제31조(건강관리 및 응급조치)<br>① 어린이집의 원장은 영유아와 보육교직원에 대하여 정기적으로 건강진단을 실시하고, 영유아의 건강진단 실시여부를 제29조의2에 따른 어린이집 생활기록부에 기록하여 관리하는 등 건강관리를 하여야 한다. 다만, 보호자가 별도로 건강검진을 실시하고 그 검진결과 통보서를 제출한 영유아에 대해서는 건강진단을 생략할 수 있다 | <삭제>                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 목 차                          | '23년도                                                                                                                                                                                                                | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>㉔ 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원</b> |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 나. 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원      | 1) 지원대상<br>● 기준 중위소득 180% 이하 가구의 미숙아 및 선천성이상아<br>- 다자녀(2명 이상) 가구의 미숙아 및 선천성 이상아는 소득수준에 관계없이 지원<br>※ 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정                                                                                             | 〈삭제〉                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                              | 2) 소득요건 판정기준                                                                                                                                                                                                         | 〈삭제〉                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                              | 3) 지원내용 및 지원기준                                                                                                                                                                                                       | 1) 지원대상 및 지원내용(*'24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                              | <b>3)-나. 선천성이상아 의료비 지원</b>                                                                                                                                                                                           | <b>1)-나. 선천성이상아 의료비 지원</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                              | ① 지원 요건<br>- 출생 후 <b>1년 4개월</b> 이내에 선천성이상(Q코드)으로 진단받고, 선천성이상 질환을 치료하기 위하여 출생 후 1년 4개월 이내에 입원하여 수술*한 경우                                                                                                               | ① 지원 요건<br>- 출생 후 <b>2년</b> 이내에 선천성이상(Q코드)으로 진단받고, 선천성이상 질환을 치료하기 위하여 출생 후 <b>2년*</b> 이내에 입원하여 <b>수술**</b> 한 경우<br><br>* 출생 후 2년 이내에 진단을 받았으나 2년 이내에 입원·수술을 할 수 없다는 <b>의사소견</b> 이 있을 시, 2년을 경과하더라도 <b>예외적으로 인정 가능</b>                                                                            |
|                              | 4) 지원절차<br>● 지원신청<br>- 신청방법 : 대상 영아의 부모가(최종) 퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청<br><br>* 신청기간을 경과한 신청 건은 보건소장이 그 사유가 타당하다고 인정할 경우 지원 가능<br><br>** 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 가능 | 2) 지원절차<br>● 지원신청<br>- 신청방법 : 대상 영아의 부모가 (최종) 퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 <b>e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청</b><br><br>* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, 보건소장이 6개월 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능<br><br>** 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 가능 |

| 목 차               | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | '24년도                                                                                                                                                                   |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <div>4) 지원절차</div> <div>● 지원신청</div> <div>- 제출서류</div> <table><tr><th>구 분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td>신청자<br/>제출<br/>(공통)</td><td><div>■ 지원 신청서 1부</div><div>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</div><div>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</div><div>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</div><div>■ 주민등록등본 1부*</div><div>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</div><div>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div><div>* 전자정부법에 따른 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div></td></tr><tr><td>해당자<br/>제출<br/>(추가)</td><td><div>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div><div>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</div><div>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서에 각각의 입·퇴원 진료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</div><div>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)</div><div>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</div><div>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약이행확인서 등) 1부</div></td></tr></table> | 구 분                                                                                                                                                                     | 구비 서류 | 신청자<br>제출<br>(공통) | <div>■ 지원 신청서 1부</div> <div>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</div> <div>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</div> <div>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</div> <div>■ 주민등록등본 1부*</div> <div>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</div> <div>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div> | 해당자<br>제출<br>(추가) | <div>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</div> <div>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서에 각각의 입·퇴원 진료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</div> <div>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)</div> <div>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약이행확인서 등) 1부</div> | <div>4) 지원절차</div> <div>● 지원신청</div> <div>- 제출서류</div> <table><tr><th>구 분</th><th>구비 서류</th></tr><tr><td>신청자<br/>제출<br/>(공통)</td><td><div>■ 지원 신청서 1부</div><div>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</div><div>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</div><div>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</div><div>■ 주민등록등본 1부*</div><div>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div></td></tr><tr><td>해당자<br/>제출<br/>(추가)</td><td><div>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div><div>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</div><div>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서에 각각의 입·퇴원 진료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</div><div>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</div><div>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div><div>* 전자정부법에 따른 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div></td></tr></table> | 구 분 | 구비 서류 | 신청자<br>제출<br>(공통) | <div>■ 지원 신청서 1부</div> <div>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</div> <div>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</div> <div>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</div> <div>■ 주민등록등본 1부*</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div> | 해당자<br>제출<br>(추가) | <div>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</div> <div>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서에 각각의 입·퇴원 진료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</div> <div>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div> |
| 구 분               | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 신청자<br>제출<br>(공통) | <div>■ 지원 신청서 1부</div> <div>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</div> <div>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</div> <div>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</div> <div>■ 주민등록등본 1부*</div> <div>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</div> <div>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                         |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 해당자<br>제출<br>(추가) | <div>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</div> <div>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서에 각각의 입·퇴원 진료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</div> <div>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)</div> <div>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약이행확인서 등) 1부</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 구 분               | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 신청자<br>제출<br>(공통) | <div>■ 지원 신청서 1부</div> <div>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</div> <div>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</div> <div>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</div> <div>■ 주민등록등본 1부*</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                         |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 해당자<br>제출<br>(추가) | <div>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</div> <div>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</div> <div>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서에 각각의 입·퇴원 진료 기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</div> <div>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</div> <div>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</div> <div>* 전자정부법에 따른 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                         |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                   | <div>4) 지원절차</div> <div>● 후원금 등의 공제 및 환수</div> <div>- 최종 지원한도는 본 사업 지원한도에서 지원금·후원금 등을 제외한 금액이며, 최종 지원한도 초과 지원은 환수 사유에 해당하므로 지원금·후원금 등이 추가로 발생·확인되는 경우 기 지원받은 금액에 대하여 환수할 수 있음을 고지</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div>4) 지원절차</div> <div>● 후원금 등의 공제 및 환수</div> <div>〈삭제〉</div>                                                                                                          |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                   | <div>4) 지원절차</div> <div>● 후원금 등의 공제 및 환수</div> <div>〈추가〉</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div>4) 지원절차</div> <div>● 후원금 등의 공제 및 환수</div> <div>- 과지급된 금액 등이 있어 1인당 지원 한도를 초과하는 경우는 환수 사유에 해당</div> <div>※ 지원결정금 통보 시, 환수 사유가 발생할 경우 반드시 해당 보건소에 관련 내용을 신고하도록</div> |       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |                   |                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 목 차                                  | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><u>안내하고 환수 사유가 추가로 발생·확인되는 경우</u><br/> <u>기 지원받은 금액에 대하여 환수할 수 있음을</u><br/> <u>고지하도록 함</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>지원대상자에게 환수 사유를 설명하고,</u><br/> <u>환수 결정액은 [서식 4호]를 활용하여 우편</u><br/> <u>또는 이메일로 통보</u></li> <li>• <u>보건소 계좌로 반환 후, 미숙아 및 선천성</u><br/> <u>이상아 의료비 지원 정보시스템에 환수</u><br/> <u>등록 처리</u></li> </ul>                                                        |
| <b>㉓ 선천성대사이상 검사 및 환아관리</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 가. 선천성<br>대사이상<br>검사비<br>지원<br>(보건소) | 1) 지원대상 <ul style="list-style-type: none"> <li>● (선별검사) 기준 중위소득 180% 이하<br/>가구의 영아               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 다자녀(2명 이상) 가구의 영아는 소득<br/>수준에 관계없이 지원</li> <li>* 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정</li> <li>- 상기 기준을 원칙으로 하되 예산 범위<br/>내에서 시·도지사, 시장·군수·구청장 또는<br/>보건소장이 추가 지원이 필요하다고 인정<br/>하는 경우</li> </ul> </li> <li>● (확진검사) 소득기준 없음</li> </ul> | 1) 지원대상(* '24년부터 가구 소득과 관계<br>없이 지원) <ul style="list-style-type: none"> <li>● (선별검사) 신생아 선천성 대사이상 외래<br/>선별검사를 받은 영아</li> <li>● (확진검사) 선천성 대사이상 선별검사 결과<br/>유소견 판정 후, 선천성 대사이상 질환 관련<br/>확진검사 결과 선천성대사이상 환아로<br/>판정된 영아</li> </ul>                                                                                                                                                                |
|                                      | 2) 소득요건 판정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 〈삭제〉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                      | 4) 지원절차 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지원신청               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 대상 영아의 부모가 출생일로부터 1년<br/>이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준<br/>대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로<br/>신청</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                            | 3) 지원절차 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지원신청               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 대상 영아의 부모가 출생일로부터 1년<br/>이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준<br/>대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로<br/>신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이<br/>마중앱 등 온라인 신청</li> <li>* 단, 특수식이 지원은 온라인 신청 불가</li> <li>** 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되,<br/>보건소장이 1년 이내 신청이 불가한 타당한 사유가<br/>있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능</li> </ul> </li> </ul> |

| 목 차                         | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | '24년도                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                   |              |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-----|-------|-------|------------------|-----------------------------|--------------|-------|----------|------|-------|--------------|----------|-------------------------------------|-------------|----|------------------------------------|-------------|------|-----------------------------------------|--------------|--------|---------|---------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|-------|-----|-------|-------|--------------------|-----------------------------|--------------|-------|----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|-------------------------------------|-------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-----------------------------------------|--------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|---------|--------------------------------------|-----------|
| 나. 환아관리<br>(보건소 및 인구보건복지협회) | <div>1) 지원대상</div> <div>● 확진검사 결과 선천성대사이상 및 희귀 등 기타 질환으로 진단받아 특수식이 또는 의료비 지원이 필요한, 신청일 기준 만 19세 미만* 환아</div> <div>* 만 나이는 출생월 기준으로 산정하며, 만 19세가 도래한 달까지만 지원</div> <div>예) '04년생은 '23년 출생월 말에 지원 종료 ('04.5.15. 출생 환아는 '23.5.31.까지 지원)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div>1) 지원대상</div> <div>● 확진검사 결과 선천성대사이상 및 희귀 등 기타 질환으로 진단받아 특수식이 또는 의료비 지원이 필요한, 신청일 기준 만19세 미만* 환아</div> <div>* 만 나이는 출생월 기준으로 산정하며, 만 19세가 도래한 달까지만 지원</div> <div>예) '05년생은 '24년 출생월 말에 지원종료 ('05.5.15.출생환아는 '24.5.31.까지 지원)</div> |                                                                                                   |              |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 다. 행정사항                     | <div>4) 특수식이 지원 절차</div> <div>● 특수식이 구입처</div> <table><tr><th>구분</th><th>품목</th><th>기관명</th><th>구입 방법</th><th>연락처</th></tr><tr><td>정부 지원</td><td>특수 식이</td><td>인구보건복지협회 (건강증진과)</td><td>온라인 신청 (선천성대사이상 환아관리 정보시스템)</td><td>02-2639-2826</td></tr><tr><td rowspan="5">개인 구입</td><td rowspan="4">특수 조제 분유</td><td>매일유업</td><td>유선 주문</td><td>02-2127-2212</td></tr><tr><td>한국 메디칼푸드</td><td>온라인 주문 (메디푸드) (www.medifoods.co.kr)</td><td>02-468-7000</td></tr><tr><td>한독</td><td>온라인 주문 (뉴트리시아) (www.neocate.co.kr)</td><td>02-527-5486</td></tr><tr><td>남양유업</td><td>온라인주문(남양 아이쇼핑몰) (shopping.namyangi.com)</td><td>02-2010-6513</td></tr><tr><td>저단백 햇반</td><td>CJ 제일제당</td><td>온라인 주문 (씨제이더마켓) (www.cjthemarket.com)</td><td>1668-1953</td></tr></table> | 구분                                                                                                                                                                                                                                     | 품목                                                                                                | 기관명          | 구입 방법 | 연락처 | 정부 지원 | 특수 식이 | 인구보건복지협회 (건강증진과) | 온라인 신청 (선천성대사이상 환아관리 정보시스템) | 02-2639-2826 | 개인 구입 | 특수 조제 분유 | 매일유업 | 유선 주문 | 02-2127-2212 | 한국 메디칼푸드 | 온라인 주문 (메디푸드) (www.medifoods.co.kr) | 02-468-7000 | 한독 | 온라인 주문 (뉴트리시아) (www.neocate.co.kr) | 02-527-5486 | 남양유업 | 온라인주문(남양 아이쇼핑몰) (shopping.namyangi.com) | 02-2010-6513 | 저단백 햇반 | CJ 제일제당 | 온라인 주문 (씨제이더마켓) (www.cjthemarket.com) | 1668-1953 | <div>3) 특수식이 지원 절차</div> <div>● 특수식이 구입처</div> <table><tr><th>구분</th><th>품목</th><th>기관명</th><th>구입 방법</th><th>연락처</th></tr><tr><td>정부 지원</td><td>특수 식이</td><td>인구보건복지협회 (출산육아지원과)</td><td>온라인 신청 (선천성대사이상 환아관리 정보시스템)</td><td>02-2639-2826</td></tr><tr><td rowspan="5">개인 구입</td><td rowspan="4">특수 조제 분유</td><td>매일유업</td><td>매일유업(직영스토어) <a href="https://brand.naver.com/maeil">https://brand.naver.com/maeil</a></td><td>02-2127-2212</td></tr><tr><td>한국메디칼푸드</td><td>온라인 주문 (메디푸드) (www.medifoods.co.kr)</td><td>02-468-7000</td></tr><tr><td>한독</td><td>온라인 주문 (일상건강) (<a href="https://www.everydayhealth.co.kr">https://www.everydayhealth.co.kr</a>)</td><td>02-527-5114</td></tr><tr><td>남양유업</td><td>온라인주문 (남양아이쇼핑몰) (shopping.namyangi.com)</td><td>02-2010-6513</td></tr><tr><td>대상 웰라이프</td><td>온라인 주문 (대상웰라이프 공식몰) / <a href="http://www.welllife.co.kr">www.welllife.co.kr</a></td><td>080-433-9000</td></tr><tr><td>저단백 햇반</td><td>CJ 제일제당</td><td>온라인 주문(씨제이더마켓) (www.cjthemarket.com)</td><td>1668-1953</td></tr></table> | 구분 | 품목 | 기관명 | 구입 방법 | 연락처 | 정부 지원 | 특수 식이 | 인구보건복지협회 (출산육아지원과) | 온라인 신청 (선천성대사이상 환아관리 정보시스템) | 02-2639-2826 | 개인 구입 | 특수 조제 분유 | 매일유업 | 매일유업(직영스토어) <a href="https://brand.naver.com/maeil">https://brand.naver.com/maeil</a> | 02-2127-2212 | 한국메디칼푸드 | 온라인 주문 (메디푸드) (www.medifoods.co.kr) | 02-468-7000 | 한독 | 온라인 주문 (일상건강) ( <a href="https://www.everydayhealth.co.kr">https://www.everydayhealth.co.kr</a> ) | 02-527-5114 | 남양유업 | 온라인주문 (남양아이쇼핑몰) (shopping.namyangi.com) | 02-2010-6513 | 대상 웰라이프 | 온라인 주문 (대상웰라이프 공식몰) / <a href="http://www.welllife.co.kr">www.welllife.co.kr</a> | 080-433-9000 | 저단백 햇반 | CJ 제일제당 | 온라인 주문(씨제이더마켓) (www.cjthemarket.com) | 1668-1953 |
| 구분                          | 품목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 기관명                                                                                                                                                                                                                                    | 구입 방법                                                                                             | 연락처          |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 정부 지원                       | 특수 식이                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 인구보건복지협회 (건강증진과)                                                                                                                                                                                                                       | 온라인 신청 (선천성대사이상 환아관리 정보시스템)                                                                       | 02-2639-2826 |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 개인 구입                       | 특수 조제 분유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 매일유업                                                                                                                                                                                                                                   | 유선 주문                                                                                             | 02-2127-2212 |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 한국 메디칼푸드                                                                                                                                                                                                                               | 온라인 주문 (메디푸드) (www.medifoods.co.kr)                                                               | 02-468-7000  |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 한독                                                                                                                                                                                                                                     | 온라인 주문 (뉴트리시아) (www.neocate.co.kr)                                                                | 02-527-5486  |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 남양유업                                                                                                                                                                                                                                   | 온라인주문(남양 아이쇼핑몰) (shopping.namyangi.com)                                                           | 02-2010-6513 |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             | 저단백 햇반                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CJ 제일제당                                                                                                                                                                                                                                | 온라인 주문 (씨제이더마켓) (www.cjthemarket.com)                                                             | 1668-1953    |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 구분                          | 품목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 기관명                                                                                                                                                                                                                                    | 구입 방법                                                                                             | 연락처          |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 정부 지원                       | 특수 식이                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 인구보건복지협회 (출산육아지원과)                                                                                                                                                                                                                     | 온라인 신청 (선천성대사이상 환아관리 정보시스템)                                                                       | 02-2639-2826 |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 개인 구입                       | 특수 조제 분유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 매일유업                                                                                                                                                                                                                                   | 매일유업(직영스토어) <a href="https://brand.naver.com/maeil">https://brand.naver.com/maeil</a>             | 02-2127-2212 |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 한국메디칼푸드                                                                                                                                                                                                                                | 온라인 주문 (메디푸드) (www.medifoods.co.kr)                                                               | 02-468-7000  |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 한독                                                                                                                                                                                                                                     | 온라인 주문 (일상건강) ( <a href="https://www.everydayhealth.co.kr">https://www.everydayhealth.co.kr</a> ) | 02-527-5114  |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 남양유업                                                                                                                                                                                                                                   | 온라인주문 (남양아이쇼핑몰) (shopping.namyangi.com)                                                           | 02-2010-6513 |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
|                             | 대상 웰라이프                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 온라인 주문 (대상웰라이프 공식몰) / <a href="http://www.welllife.co.kr">www.welllife.co.kr</a>                                                                                                                                                       | 080-433-9000                                                                                      |              |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |
| 저단백 햇반                      | CJ 제일제당                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 온라인 주문(씨제이더마켓) (www.cjthemarket.com)                                                                                                                                                                                                   | 1668-1953                                                                                         |              |       |     |       |       |                  |                             |              |       |          |      |       |              |          |                                     |             |    |                                    |             |      |                                         |              |        |         |                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |     |       |       |                    |                             |              |       |          |      |                                                                                       |              |         |                                     |             |    |                                                                                                   |             |      |                                         |              |         |                                                                                  |              |        |         |                                      |           |

| 목 차                         | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                      | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |          |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------------------------------------------------------------------------|-----|--|-----|-------|-------|----|-------|--------|-----|----------------|-----|----------|----------------------------------------------------------------------------|--------|-----|------------------|-----|----------|--------|-----|------------------|-------|----------|-------|-----|------------------|-----|
| 별표                          | <p>[별표1] 특수식이 지원 대상 세부 질환코드 및 질환명</p> <p>☑ 크론병</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 모노웰, 엘리멘탈 028(Elemental 028)</li></ul> <p>☑ 단장증후군</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● (만1세 이전) HA, 네오케이트 LCP</li><li>● (만1세 이후) 모노웰, 엘리멘탈 028</li></ul> | <p>[별표1] 특수식이 지원 대상 세부 질환코드 및 질환명</p> <p>☑ 크론병</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 모노웰, 엘리멘탈 028, <u>뉴케어</u></li></ul> <p>☑ 단장증후군</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● (만1세 이전) HA, 네오케이트 LCP</li><li>● (만1세 이후) 모노웰, 엘리멘탈 028, <u>뉴케어</u></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |          |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
|                             | <p>[별표2-2] 희귀 등 기타 질환 특수 조제분유 지원기준</p> <p>☑ 단장증후군</p> <p>〈추가〉</p>                                                                                                                                                                                          | <p>[별표2-2] 희귀 등 기타 질환 특수 조제분유 지원기준</p> <p>☑ 단장증후군</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <u>뉴케어 IBD 아미노   국산</u> : 월간 필요량의 50% 지원</li></ul> <table><tr><th rowspan="2">연 령</th><th colspan="2">필요량</th><th colspan="2">지원량</th><th rowspan="2">비 고</th></tr><tr><th>일간(g)</th><th>월간(g)</th><th>월간</th><th>월간구입비</th></tr><tr><td>만 1~2세</td><td>238</td><td>7,143<br/>(72포)</td><td>36포</td><td>324,000원</td><td rowspan="4">· 용량 : 1포당 100g<br/>· 단가 : 1포 9,000원<br/>(포장 : 1BOX X=10포)<br/>· 생산 : 대상 웰라이프</td></tr><tr><td>만 3~5세</td><td>333</td><td>10,000<br/>(100포)</td><td>50포</td><td>450,000원</td></tr><tr><td>만 6~8세</td><td>381</td><td>11,429<br/>(115포)</td><td>57.5포</td><td>517,500원</td></tr><tr><td>만 9세~</td><td>400</td><td>12,000<br/>(120포)</td><td>60포</td><td>540,000원</td></tr></table> <p>※ 뉴케어 IBD 아미노 신청 시, 반드시 1BOX(10포) 단위로 신청 (포 단위 개별 신청 불가)</p> | 연 령   | 필요량      |                                                                            | 지원량 |  | 비 고 | 일간(g) | 월간(g) | 월간 | 월간구입비 | 만 1~2세 | 238 | 7,143<br>(72포) | 36포 | 324,000원 | · 용량 : 1포당 100g<br>· 단가 : 1포 9,000원<br>(포장 : 1BOX X=10포)<br>· 생산 : 대상 웰라이프 | 만 3~5세 | 333 | 10,000<br>(100포) | 50포 | 450,000원 | 만 6~8세 | 381 | 11,429<br>(115포) | 57.5포 | 517,500원 | 만 9세~ | 400 | 12,000<br>(120포) | 60포 |
| 연 령                         | 필요량                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 지원량      |                                                                            | 비 고 |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
|                             | 일간(g)                                                                                                                                                                                                                                                      | 월간(g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 월간    | 월간구입비    |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
| 만 1~2세                      | 238                                                                                                                                                                                                                                                        | 7,143<br>(72포)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 36포   | 324,000원 | · 용량 : 1포당 100g<br>· 단가 : 1포 9,000원<br>(포장 : 1BOX X=10포)<br>· 생산 : 대상 웰라이프 |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
| 만 3~5세                      | 333                                                                                                                                                                                                                                                        | 10,000<br>(100포)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 50포   | 450,000원 |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
| 만 6~8세                      | 381                                                                                                                                                                                                                                                        | 11,429<br>(115포)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 57.5포 | 517,500원 |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
| 만 9세~                       | 400                                                                                                                                                                                                                                                        | 12,000<br>(120포)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 60포   | 540,000원 |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
| ④ 선천성 난청검사 및 보청기 지원         |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |          |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
| 나. 난청<br>검사비<br>지원<br>(보건소) | 1) 지원대상 <ul style="list-style-type: none"><li>● 기준 중위소득 180% 이하 가구의 영아<ul style="list-style-type: none"><li>- 다자녀(2명 이상) 가구의 영아는 소득 수준에 관계없이 지원</li></ul></li><li>* 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정</li></ul>                                                         | 〈삭제〉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |          |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |
|                             | 2) 소득요건 판정기준                                                                                                                                                                                                                                               | 〈삭제〉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |          |                                                                            |     |  |     |       |       |    |       |        |     |                |     |          |                                                                            |        |     |                  |     |          |        |     |                  |       |          |       |     |                  |     |

| 목 차                                | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | '24년도                                                                                                                                                                                                |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | <div>3) 지원내용 및 지원기준</div> <div>4) 지원절차<ul style="list-style-type: none"><li>● 지원신청<ul style="list-style-type: none"><li>- 대상 영아의 부모가 출생일로부터 1년 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청하는 것이 원칙이나,</li></ul></li></ul></div> <div>- 제출서류<table><tr><th>구분</th><th>제출서류</th></tr><tr><td>신청자 제출 (공통)</td><td><ul style="list-style-type: none"><li>■ 지원 신청서 1부</li><li>■ 감사비 영수증, 감사비 세부내역서, 감사 결과지 각 1부<ul style="list-style-type: none"><li>- 감사 결과지는 감사명·감사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li></ul></li><li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li><li>■ 주민등록등본 1부*</li><li>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<ul style="list-style-type: none"><li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li><li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li></ul></li></ul></td></tr><tr><td>해당자 제출 (추가)</td><td><ul style="list-style-type: none"><li>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)<ul style="list-style-type: none"><li>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</li></ul></li><li>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약 이행확인서 등) 1부</li></ul></td></tr></table></div> | 구분                                                                                                                                                                                                   | 제출서류 | 신청자 제출 (공통) | <ul style="list-style-type: none"><li>■ 지원 신청서 1부</li><li>■ 감사비 영수증, 감사비 세부내역서, 감사 결과지 각 1부<ul style="list-style-type: none"><li>- 감사 결과지는 감사명·감사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li></ul></li><li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li><li>■ 주민등록등본 1부*</li><li>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<ul style="list-style-type: none"><li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li><li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li></ul></li></ul> | 해당자 제출 (추가) | <ul style="list-style-type: none"><li>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)<ul style="list-style-type: none"><li>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</li></ul></li><li>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약 이행확인서 등) 1부</li></ul> | <div>1) 지원대상 및 지원내용(* '24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)</div> <div>2) 지원절차<ul style="list-style-type: none"><li>● 지원신청<ul style="list-style-type: none"><li>- 대상 영아의 부모가 출생일로부터 1년 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청</li></ul></li></ul><div>* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, 보건소장이 1년 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능</div><div>- 제출서류<table><tr><th>구분</th><th>제출서류</th></tr><tr><td>신청자 제출</td><td><ul style="list-style-type: none"><li>■ 지원 신청서 1부</li><li>■ 감사비 영수증, 감사비 세부내역서, 감사 결과지 각 1부<ul style="list-style-type: none"><li>- 감사 결과지는 감사명·감사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li></ul></li><li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li><li>■ 주민등록등본 1부*</li><li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<ul style="list-style-type: none"><li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li><li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li></ul></li></ul></td></tr></table></div></div> | 구분 | 제출서류 | 신청자 제출 | <ul style="list-style-type: none"><li>■ 지원 신청서 1부</li><li>■ 감사비 영수증, 감사비 세부내역서, 감사 결과지 각 1부<ul style="list-style-type: none"><li>- 감사 결과지는 감사명·감사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li></ul></li><li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li><li>■ 주민등록등본 1부*</li><li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<ul style="list-style-type: none"><li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li><li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li></ul></li></ul> |
| 구분                                 | 제출서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 신청자 제출 (공통)                        | <ul style="list-style-type: none"><li>■ 지원 신청서 1부</li><li>■ 감사비 영수증, 감사비 세부내역서, 감사 결과지 각 1부<ul style="list-style-type: none"><li>- 감사 결과지는 감사명·감사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li></ul></li><li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li><li>■ 주민등록등본 1부*</li><li>■ 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<ul style="list-style-type: none"><li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li><li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li></ul></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 해당자 제출 (추가)                        | <ul style="list-style-type: none"><li>■ (휴직자) 휴직증명서 1부(유급휴직자의 경우 급여명세서 1부 추가 제출)<ul style="list-style-type: none"><li>- 휴직여부 및 휴직기간 등을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능</li></ul></li><li>■ (필요시) 가족관계증명서, 급여명세서, 맞벌이 경감 대상 증빙서류(사업자등록증명원, 위촉증명서, 계약서(사본), 계약 이행확인서 등) 1부</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 구분                                 | 제출서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 신청자 제출                             | <ul style="list-style-type: none"><li>■ 지원 신청서 1부</li><li>■ 감사비 영수증, 감사비 세부내역서, 감사 결과지 각 1부<ul style="list-style-type: none"><li>- 감사 결과지는 감사명·감사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li></ul></li><li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li><li>■ 주민등록등본 1부*</li><li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<ul style="list-style-type: none"><li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li><li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li></ul></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 다. 환아관리 (보청기 지원, 보건소 및 영유아 난청 관리팀) | <div>다. 환아관리 (보청기 지원, 보건소 및 영유아 난청 관리팀)</div> <div>1) 지원대상<ul style="list-style-type: none"><li>- 기준 중위소득 180% 이하 가구의 만 3세 미만(36개월 미만) 영유아</li><li>* 다자녀(2명 이상) 가구의 영유아는 소득</li></ul></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div>다. 환아관리 (보청기 지원, 보건소 및 영유아난청관리 위탁사업단)</div> <div>1) 지원대상(* '24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)<ul style="list-style-type: none"><li>- 만 5세(만 60개월) 미만 영유아</li><li>- (양측성 난청) 청력이 좋은 귀의 평균 청력</li></ul></div> |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



| 목 차                                                                                                    | '23년도                                                                                                                                                                                                      | '24년도                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | <p>수준에 관계없이 지원하며, 소득요건 판정기준은 난청 검사비 지원과 동일</p> <p>- 양측성 난청이면서 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 40~59dB로서, 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우</p> <p>2) (지원내용) 양측 보청기 지원 (개당 131만원 한도)</p>                                          | <p>역치가 40~59dB로서, 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우 보청기 2개 지원</p> <p>- (일측성 난청) <u>나쁜 귀의 평균 청력역치가 55dB 이상이면서 좋은 귀의 평균청력역치가 40dB 이하인 경우 보청기 1개 지원</u></p> <p>2) (지원내용) 보청기 1~2개(개당 135만원 한도)</p>           |
|                                                                                                        | ⑤ 취학전 아동 실명예방사업                                                                                                                                                                                            | 〈삭제〉                                                                                                                                                                                             |
|  영유아 사전예방적 건강관리 (Q&A) |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |
| ■ 공통사항                                                                                                 | 〈신설〉                                                                                                                                                                                                       | <p>Q 5. 영유아 사전예방적 건강관리 사업과 타 사업 (고위험 임신부 의료비 지원사업 등을 보건소에 동시에 신청하면서 타 사업 행정정보공동이용에 동의하여 제출이 생략되는 서류에 대해 인정 가능 여부?</p> <p>A 인정 가능(보건소 전달체계를 활용하는 복지부 관련 사업에서 공유 가능한 서류라면 민원인 편의상 인정하는 것이 바람직)</p> |
| ■ 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원                                                                                  | <p>Q 12. (생략)</p> <p>A 의료비 항목별(급여·비급여 등) 구분 없이 타 사업에서 의료비를 지원받았으므로, 일부 본인부담금을 우선 공제한 후 전액 본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원 금액을 산정하고, 출생 시 체중에 따른 지원 한도 금액(7백만원)에서 긴급의료비 지원금액 (3백만원)을 공제한 금액인 4백만원이 지원 한도가 됨</p> | <p>Q 12. (생략)</p> <p>A 의료비 항목별(급여·비급여 등) 구분 없이 타 사업에서 의료비를 지원받았으므로, 일부 본인부담금을 우선 공제한 후 전액 본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원 금액을 산정</p> <p>〈삭제〉</p>                                                     |
|                                                                                                        | 〈신설〉                                                                                                                                                                                                       | <p>Q 15. 다지증(Q69) 지원 가능 여부?</p> <p>A 다지증(Q69)은 외모개선 목적의 수술에 포함되지 않는 것으로 보아 지원 가능</p>                                                                                                             |

## Ⅶ. 저소득층 기저귀·조제분유 지원

| 목 차                      |          | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | '24년도                                                              |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
|--------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|---------|------|--------|-----|--------|----------------------------|---------------|-------|---------|--------------|--------------------------|-----|---------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|---------|------|--------|-----|--------|----------------------------|---------------|-------|---------|--------------|--------------------------|-----|---------|-----------------------------|
| ① 사업개요                   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 가. 추진개요                  |          | 1) 근거<br>● 「저출산·고령사회기본법」<br>(제4조 및 제10조)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1) 근거<br>● 「저출산·고령사회기본법」<br>(제8조 ~ 제10조)                           |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| ② 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 다. 바우처 지원 결정             |          | (중략)<br><div>건강보험료 적용 유의사항</div><br>(중략) <table><tr><th>휴직 기간</th><th>추가 서류 제출</th><th>급여 여부</th><th>판단기준</th></tr><tr><td>1개월 미만</td><td>-</td><td>-</td><td>휴직 직전의 건강보험료로 판단</td></tr><tr><td>1개월 이상</td><td>휴직증명서</td><td>무급</td><td>"소득 없음" 판정</td></tr><tr><td></td><td></td><td>유급</td><td>신청일 기준 전월 급여액×건강보험료 본인 부담률</td></tr></table>                | 휴직 기간                                                              | 추가 서류 제출 | 급여 여부   | 판단기준 | 1개월 미만 | -   | -      | 휴직 직전의 건강보험료로 판단           | 1개월 이상        | 휴직증명서 | 무급      | "소득 없음" 판정   |                          |     | 유급      | 신청일 기준 전월 급여액×건강보험료 본인 부담률 | (중략)<br><div>건강보험료 적용 유의사항</div><br>(중략) <table><tr><th>휴직 기간</th><th>추가 서류 제출</th><th>급여 여부</th><th>판단기준</th></tr><tr><td>1개월 미만</td><td>-</td><td>-</td><td>휴직 직전의 건강보험료로 판단</td></tr><tr><td>1개월 이상</td><td>휴직증명서</td><td>무급</td><td>"소득 없음" 판정</td></tr><tr><td></td><td></td><td>유급</td><td>신청일 기준 최근월 급여액×건강보험료 본인 부담률</td></tr></table>               | 휴직 기간 | 추가 서류 제출 | 급여 여부   | 판단기준 | 1개월 미만 | -   | -      | 휴직 직전의 건강보험료로 판단           | 1개월 이상        | 휴직증명서 | 무급      | "소득 없음" 판정   |                          |     | 유급      | 신청일 기준 최근월 급여액×건강보험료 본인 부담률 |
| 휴직 기간                    | 추가 서류 제출 | 급여 여부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 판단기준                                                               |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 1개월 미만                   | -        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 휴직 직전의 건강보험료로 판단                                                   |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 1개월 이상                   | 휴직증명서    | 무급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | "소득 없음" 판정                                                         |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
|                          |          | 유급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 신청일 기준 전월 급여액×건강보험료 본인 부담률                                         |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 휴직 기간                    | 추가 서류 제출 | 급여 여부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 판단기준                                                               |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 1개월 미만                   | -        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 휴직 직전의 건강보험료로 판단                                                   |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 1개월 이상                   | 휴직증명서    | 무급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | "소득 없음" 판정                                                         |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
|                          |          | 유급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 신청일 기준 최근월 급여액×건강보험료 본인 부담률                                        |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| ③ 이용권 (국민행복카드) 지급 및 이용   |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 가. 지원기간 및 금액             |          | 2) 지원대상별 지원금액 <table><tr><th>지원내용</th><th>지원 유형</th><th>지원금액(원)</th><th>비 고</th></tr><tr><td>기저귀 지원</td><td>가유형</td><td>80,000</td><td>예외지원<sup>2)</sup> 라유형과 동일</td></tr><tr><td>기저귀 + 조제분유 지원</td><td>나유형</td><td>180,000</td><td>예외지원 마유형과 동일</td></tr><tr><td>조제분유 추가 지원<sup>1)</sup></td><td>다유형</td><td>100,000</td><td>예외지원 바유형과 동일</td></tr></table> | 지원내용                                                               | 지원 유형    | 지원금액(원) | 비 고  | 기저귀 지원 | 가유형 | 80,000 | 예외지원 <sup>2)</sup> 라유형과 동일 | 기저귀 + 조제분유 지원 | 나유형   | 180,000 | 예외지원 마유형과 동일 | 조제분유 추가 지원 <sup>1)</sup> | 다유형 | 100,000 | 예외지원 바유형과 동일               | 2) 지원대상별 지원금액 <table><tr><th>지원내용</th><th>지원 유형</th><th>지원금액(원)</th><th>비 고</th></tr><tr><td>기저귀 지원</td><td>가유형</td><td>90,000</td><td>예외지원<sup>2)</sup> 라유형과 동일</td></tr><tr><td>기저귀 + 조제분유 지원</td><td>나유형</td><td>200,000</td><td>예외지원 마유형과 동일</td></tr><tr><td>조제분유 추가 지원<sup>1)</sup></td><td>다유형</td><td>110,000</td><td>예외지원 바유형과 동일</td></tr></table> | 지원내용  | 지원 유형    | 지원금액(원) | 비 고  | 기저귀 지원 | 가유형 | 90,000 | 예외지원 <sup>2)</sup> 라유형과 동일 | 기저귀 + 조제분유 지원 | 나유형   | 200,000 | 예외지원 마유형과 동일 | 조제분유 추가 지원 <sup>1)</sup> | 다유형 | 110,000 | 예외지원 바유형과 동일                |
| 지원내용                     | 지원 유형    | 지원금액(원)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 비 고                                                                |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 기저귀 지원                   | 가유형      | 80,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 예외지원 <sup>2)</sup> 라유형과 동일                                         |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 기저귀 + 조제분유 지원            | 나유형      | 180,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 예외지원 마유형과 동일                                                       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 조제분유 추가 지원 <sup>1)</sup> | 다유형      | 100,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 예외지원 바유형과 동일                                                       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 지원내용                     | 지원 유형    | 지원금액(원)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 비 고                                                                |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 기저귀 지원                   | 가유형      | 90,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 예외지원 <sup>2)</sup> 라유형과 동일                                         |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 기저귀 + 조제분유 지원            | 나유형      | 200,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 예외지원 마유형과 동일                                                       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 조제분유 추가 지원 <sup>1)</sup> | 다유형      | 110,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 예외지원 바유형과 동일                                                       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |
| 나. 바우처 지급(생성)            |          | 1) 근거<br>● (중략)<br>(예시) 기저귀(월 80천원) 및 조제분유(월 100천원) 2가지 항목 모두 지원받아                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1) 근거<br>● (중략)<br>(예시) 기저귀(월 90천원) 및 조제분유(월 110천원) 2가지 항목 모두 지원받아 |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |         |      |        |     |        |                            |               |       |         |              |                          |     |         |                             |

| 목 차                                                                                                                     | '23년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | '24년도                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|----------|------------------------------------------------------|------|-------|---------|------|-------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--|----------|----------|------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|----------------------------------------------------------------|------|-------|---------|------|-------|---------|
|                                                                                                                         | 총 바우처 지원금액이 월 180천원인 경우, 기저귀 60천원 및 조제분유 120천원 구매 가능                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 총 바우처 지원금액이 월 200천원인 경우, 기저귀 70천원 및 조제분유 130천원 구매 가능                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|                                                                                                                         | <b>3) 국민행복카드 종류 및 신청처</b><br>● (중략)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>3) 국민행복카드 종류 및 신청처</b><br>● (중략)                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|                                                                                                                         | <table><tr><td>국민행복카드 신청<br/>(국민행복카드 발급사)</td><td><ul style="list-style-type: none"><li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한</li><li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li><li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li><li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점</li><li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점</li></ul></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 국민행복카드 신청<br>(국민행복카드 발급사)                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한</li><li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li><li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li><li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점</li><li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점</li></ul> | <table><tr><td>국민행복카드 신청<br/>(국민행복카드 발급사)</td><td><ul style="list-style-type: none"><li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한은행</li><li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li><li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li><li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점 및 국민은행, 전북은행 전국 영업점</li><li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점 및 신한은행</li></ul></td></tr></table> | 국민행복카드 신청<br>(국민행복카드 발급사) | <ul style="list-style-type: none"><li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한은행</li><li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li><li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li><li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점 및 국민은행, 전북은행 전국 영업점</li><li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점 및 신한은행</li></ul> |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 국민행복카드 신청<br>(국민행복카드 발급사)                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한</li><li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li><li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li><li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점</li><li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 국민행복카드 신청<br>(국민행복카드 발급사)                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한은행</li><li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li><li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li><li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점 및 국민은행, 전북은행 전국 영업점</li><li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점 및 신한은행</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|                                                                                                                         | <b>4) 정부지원금 결제 가능 구매처</b><br>● (중략)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>4) 정부지원금 결제 가능 구매처</b><br>● (중략)                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|                                                                                                                         | <table><tr><th rowspan="2">국민행복카드사</th><th colspan="2">구 매 처</th></tr><tr><th>온라인(인터넷)</th><th>오프라인(마트)</th></tr><tr><td>BC카드</td><td>지마켓, 옥션<br/>먼슬리씨(앱),<br/>우체국쇼핑몰<br/>페이북쇼핑</td><td>이마트, 이마트트레이더스<br/>GS25편의점, GS더프렌치<br/>노브랜드, PK마켓, 홈플러스,<br/>홈플러스익스프레스,<br/>나들가게</td></tr><tr><td>삼성카드</td><td>삼성카드쇼핑몰<br/>국민행복몰</td><td>이마트, 이마트트레이더스,<br/>노브랜드, GS25편의점,<br/>GS더프렌치, 홈플러스,<br/>홈플러스익스프레스<br/>부츠(boots), PK마켓</td></tr><tr><td>롯데카드</td><td>롯데온라인쇼핑몰</td><td>롯데마트, 롯데백화점<br/>홈플러스,<br/>홈플러스익스프레스<br/>GS25편의점, GS더프렌치</td></tr><tr><td>국민카드</td><td>국민행복몰</td><td>GS25편의점</td></tr><tr><td>신한카드</td><td>국민행복몰</td><td>GS25편의점</td></tr></table> | 국민행복카드사                                                                                                          | 구 매 처                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 온라인(인터넷)                  | 오프라인(마트)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | BC카드 | 지마켓, 옥션<br>먼슬리씨(앱),<br>우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑 | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프렌치<br>노브랜드, PK마켓, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,<br>나들가게 | 삼성카드 | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰 | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드, GS25편의점,<br>GS더프렌치, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓 | 롯데카드 | 롯데온라인쇼핑몰 | 롯데마트, 롯데백화점<br>홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프렌치 | 국민카드 | 국민행복몰 | GS25편의점 | 신한카드 | 국민행복몰 | GS25편의점 | <table><tr><th rowspan="2">국민행복카드사</th><th colspan="2">구 매 처</th></tr><tr><th>온라인(인터넷)</th><th>오프라인(마트)</th></tr><tr><td>BC카드</td><td>지마켓, 옥션,<br/>우체국쇼핑몰<br/>페이북쇼핑,<br/>우리WON마켓</td><td>이마트, 이마트트레이더스<br/>GS25편의점, GS더프렌치<br/>노브랜드, 홈플러스,<br/>홈플러스익스프레스,<br/>나들가게</td></tr><tr><td>삼성카드</td><td>삼성카드쇼핑몰<br/>국민행복몰</td><td>이마트, 이마트트레이더스,<br/>노브랜드, GS25편의점,<br/>GS더프렌치, 홈플러스,<br/>홈플러스익스프레스<br/>부츠(boots), PK마켓,<br/>세븐일레븐</td></tr><tr><td>롯데카드</td><td>닷컴</td><td>롯데마트, 롯데백화점<br/>홈플러스,<br/>홈플러스익스프레스<br/>GS25편의점, GS더프렌치,<br/>세븐일레븐</td></tr><tr><td>국민카드</td><td>국민행복몰</td><td>GS25편의점</td></tr><tr><td>신한카드</td><td>국민행복몰</td><td>GS25편의점</td></tr></table> | 국민행복카드사 | 구 매 처 |  | 온라인(인터넷) | 오프라인(마트) | BC카드 | 지마켓, 옥션,<br>우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑,<br>우리WON마켓 | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프렌치<br>노브랜드, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,<br>나들가게 | 삼성카드 | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰 | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드, GS25편의점,<br>GS더프렌치, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓,<br>세븐일레븐 | 롯데카드 | 닷컴 | 롯데마트, 롯데백화점<br>홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프렌치,<br>세븐일레븐 | 국민카드 | 국민행복몰 | GS25편의점 | 신한카드 | 국민행복몰 | GS25편의점 |
| 국민행복카드사                                                                                                                 | 구 매 처                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|                                                                                                                         | 온라인(인터넷)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 오프라인(마트)                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| BC카드                                                                                                                    | 지마켓, 옥션<br>먼슬리씨(앱),<br>우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프렌치<br>노브랜드, PK마켓, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,<br>나들가게                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 삼성카드                                                                                                                    | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드, GS25편의점,<br>GS더프렌치, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 롯데카드                                                                                                                    | 롯데온라인쇼핑몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 롯데마트, 롯데백화점<br>홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프렌치                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 국민카드                                                                                                                    | 국민행복몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GS25편의점                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 신한카드                                                                                                                    | 국민행복몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GS25편의점                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 국민행복카드사                                                                                                                 | 구 매 처                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|                                                                                                                         | 온라인(인터넷)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 오프라인(마트)                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| BC카드                                                                                                                    | 지마켓, 옥션,<br>우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑,<br>우리WON마켓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프렌치<br>노브랜드, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,<br>나들가게                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 삼성카드                                                                                                                    | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드, GS25편의점,<br>GS더프렌치, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓,<br>세븐일레븐                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 롯데카드                                                                                                                    | 닷컴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 롯데마트, 롯데백화점<br>홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프렌치,<br>세븐일레븐                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 국민카드                                                                                                                    | 국민행복몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GS25편의점                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| 신한카드                                                                                                                    | 국민행복몰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GS25편의점                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
|  <b>저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 (Q&amp;A)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |
| <b>■ 지원신청 절차</b>                                                                                                        | (추가)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Q 4-1. 대상 영아가 위탁가정에 전입신고 없이 바로 위탁*되는 경우(예. 위기가동으로 위탁가정에 전입신고 없이 신청) 변경된 양육자가 영아의 바우처를 쓰도록 하려면 어떻게 해야 하나요?</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                        |                                                                             |      |                  |                                                                                   |      |          |                                                      |      |       |         |      |       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |       |  |          |          |      |                                         |                                                                       |      |                  |                                                                                             |      |    |                                                                |      |       |         |      |       |         |

| 목 차                  | '23년도 | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |       | <p>* 근거: 아동복지법 제15조제6항 일시 위탁 보호 관련</p> <p><b>A</b> Q4번의 경우와 같이 우선 변경된 양육자가 국민행복카드를 발급받도록 안내하고, 공문으로 “주 양육자 변경으로 인한 카드 사용자 변경 요청”을 하여 변경된 양육자가 바우처를 사용 할 수 있도록 처리해야 합니다. 다만, 위탁가정에 바로 위탁되는 위기아동의 경우, 양육자의 등본에 전입신고가 되어있지 않으므로, ‘위탁보호 확인서’와 ‘변경 후 양육자의 등본’을 반드시 첨부하여야 처리가 가능합니다.(바우처 이관 처리는 Q4번 절차와 동일)</p> <p>※ 양육자 변경 시 서비스 중지처리하지 않도록 주의(서비스 중지처리 시 바우처 소멸)</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>&lt;공문발송 양식&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</li> <li>- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 주양육자 변경 및 카드사용자 변경 요청</li> <li>- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 변경전 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계), 변경후 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계)</li> <li>- 첨부파일: 현재 대상 영아의 주민등록등본, 변경 후 양육자의 주민등록등본(대상 영아와 카드 사용자의 관계 기재), 위탁보호 확인서</li> </ul> </div> |
| <p>■ 바우처 사용 (추가)</p> |       | <p><b>Q</b> 15. 지자체(보건소 등) 담당자의 착오 등으로 지원요건을 충족하는 대상자를 부적합으로 판정한 경우(지원중단은 해당 없음)에 지원 결정일을 정정할 수 있나요?</p> <p><b>A</b> 기본적으로 바우처의 소급처리는 불가하므로, 지원 적합 여부 판정 시 신중하고 정확한 처리를 요합니다. 다만, 담당자의 착오 등으로 지원 적합 대상자를 부적합으로 판정 시 민원인에게 손해를 끼치게 되므로 신청 당시 대상자가 지원 적합 대상이었음을</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 목 차           | '23년도                                                                                                                                                                                                    | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                                                                                                                          | <p>증빙하는 소명자료를 첨부하여 공문(보건소장의 결재를 득한 공문)으로 제출할 경우, 바우처 보정 적합 여부를 검토하여 처리가 가능합니다.</p> <p>&lt;공문발송 양식&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</li> <li>- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 바우처 보정 요청</li> <li>- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 진행과정, 보정사항</li> <li>- 첨부파일: 신청서, 기타 증빙자료 (건강보험료 등)</li> </ul> |
| ■ 가구원 수 산정 사례 | <p><b>Q</b> 5. 부의 해외 파견근무로 인하여 건강보험 가입 중지되어 있으며, 모가 지역가입자로서 자녀가 세대원으로 등재되어 있는 경우, 적용 기준?</p> <p><b>A</b> 주민등록등본 또는 가족관계증명서상 부가 확인되는 경우 부를 가구원 수에 포함하며, 부모의 건강보험료 본인부담금을 기준으로 모의 지역가입자 건강보험료를 기준으로 적용</p> | <p><b>Q</b> 5. 부의 해외 파견근무로 인하여 건강보험 가입 중지되어 있으며, 모가 지역가입자로서 자녀가 세대원으로 등재되어 있는 경우, 적용 기준?</p> <p><b>A</b> 해외 파견근로자의 소득확인이 어려우므로 부는 가구원에서 제외하고, 해당 가구에 고지되는 건강보험료 본인부담금으로 적용합니다.</p>                                                                                                                                                        |
|               | <p><b>Q</b> 6. 부가 외국인이며 해외체류종으로 건강보험 미가입인 경우, 적용 기준?</p> <p><b>A</b> 가족관계증명서상 부가 확인되는 경우 부를 가구원수에 포함하며, 건강보험료는 해당 가구에 고지되는 건강보험료 본인부담금으로 적용합니다.</p>                                                      | <p><b>Q</b> 6. 부가 외국인이며 해외체류종으로 건강보험 미가입인 경우, 적용 기준?</p> <p><b>A</b> 부는 가구원에서 제외하고, 건강보험료는 해당 가구에 고지되는 건강보험료 본인부담금으로 적용합니다.</p>                                                                                                                                                                                                           |
| ■ 기타          | <p><b>Q</b> 3. 지원대상자의 주민등록번호·카드정보·연락처 등 인적사항 변경 신청을 받았을 때 보건소 또는 주민센터 담당자는 어떻게 해야 하나요?</p> <p><b>A</b> 보건소 또는 주민센터 신청·접수 담당자는 인적사항 변경 신청(신고)을 받았을 때 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.</p> | <p><b>Q</b> 3-1. 지원대상자의 주민등록번호 또는 성명 등 인적사항 변경 신청을 받았을 때 보건소 또는 주민센터 담당자는 어떻게 해야 하나요?</p> <p><b>A</b> 보건소 또는 주민센터 신청·접수 담당자는 주민등록번호 또는 성명 변경 신청(신고)을 받았을 때 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.</p>                                                                                                                           |

| 목 차 | '23년도                                                                                                                                                               | '24년도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <p>* 공문수신처 : 보건복지부장관(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</p> <p>다만, 대상자 정보 중 연락처 정보는 지자체 담당자가 행복e음을 시스템을 통해 직권으로 변경할 수 있습니다.<br/>(별첨3. 기저귀·조제분유 지원사업 행복e음 시스템 이용 매뉴얼 참고)</p> | <p>* 공문수신처 : 보건복지부장관(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</p> <div data-bbox="845 433 1261 715"> <p>&lt;공문발송 양식&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</li> <li>- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 주민등록번호(또는 성명) 변경 신청</li> <li>- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 변경 전, 후 인적사항</li> <li>- 첨부파일: 현재 대상 영아의 주민등록등본, 기본증명서(상세), 가족관계증명서(상세)</li> </ul> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|     |                                                                                                                                                                     | <p><b>Q 3-2. 지원대상자의 카드정보, 연락처 변경 신청을 받았을 때 보건소 또는 주민센터 담당자는 어떻게 해야 하나요?</b></p> <p><b>A</b> 카드정보 변경 신청을 받은 경우에는 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.</p> <p>* 공문수신처 : 보건복지부장관(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</p> <p>연락처 변경 신청을 받은 경우에는 지자체 담당자가 행복e음을 시스템을 통해 직권으로 변경할 수 있습니다.(별첨3. 기저귀·조제분유 지원사업 행복e음 시스템 이용 매뉴얼 참고)</p> <p>다만, 시스템을 통해 직권으로 변경이 불가할 경우에는 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.</p> <div data-bbox="845 1481 1261 1703"> <p>&lt;공문발송 양식&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원</li> <li>- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 카드정보(연락처) 변경 신청</li> <li>- 내용: 대상 영아(이름, 생년월일), 변경 전, 후 카드정보</li> </ul> </div> |

| 목 차                                 | '23년도                                                            | '24년도                                                             |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>(별첨1) 바우처 지원금액 확인방법(서비스 이용자)</b> |                                                                  |                                                                   |
|                                     | <p>〈 회원가입 방법 〉</p> <p>○ 기저귀·조제분유 지원사업의 이용자(영아)의 이름으로 회원가입 필요</p> | <p>〈 회원가입 방법 〉</p> <p>○ 기저귀·조제분유 지원사업의 이용자(보호자)의 이름으로 회원가입 필요</p> |

## 2024년 모자보건사업 안내

Ministry of Health and Welfare



# 모자보건사업 추진방향

1. 현황
2. 2024년 모자보건정책 추진 방향
3. 2024년 국고보조

# Part I

## 모자보건사업 추진방향



### 1 현황

#### 가. 사회적 환경 변화

- (혼인 및 출산) 연간 혼인 건수는 지속 감소세, 초혼 연령과 첫째 아이 출산 연령은 계속 증가 추세
  - 총 혼인건수(천건) : '14(306) → '21(193)
  - 평균 초혼 연령(세) : '14(여 29.8, 남 32.4) → '21(여 31.1, 남 33.4)
  - 평균 첫째아 출산연령(세) : '14(31.0) → '21(32.6)
- (영아 및 모성사망) 우리나라 영아사망률은 감소추세로 OECD 평균보다 낮으며, 모성사망비도 전년에 비해 감소
  - (영아사망률) 당해연도 출생아 수 대비 당해연도 0세 사망아 수의 비율

(단위 : 출생아 천 명당 명)

| 구 분                | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | 2020        | 2021        | 2022       |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 영아사망률              | 2.7         | 2.8         | 2.8         | 2.8         | 2.7         | 2.5         | 2.4         | 2.3        |
| OECD평균<br>(대상국가 수) | 4.2<br>(38) | 4.5<br>(38) | 4.3<br>(38) | 4.3<br>(38) | 4.1<br>(37) | 4.0<br>(37) | 4.0<br>(35) | 4.8<br>(6) |

\* 자료출처 : 「2022년 영아사망·모성사망·출생전후기사망 통계」 통계청, OECD.Stat, Health Status Data (2023.10. 추출)

- (모성사망비) 당해연도 연간 출생아 수 대비 당해연도 모성사망자 수의 비율

(단위 : 출생아 10만 명당 명)

| 구 분                | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019         | 2020         | 2021         | 2022        |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| 모성사망비              | 8.7         | 8.4         | 7.8         | 11.3        | 9.9          | 11.8         | 8.8          | 8.4         |
| OECD평균<br>(대상국가 수) | 9.9<br>(32) | 9.0<br>(33) | 7.7<br>(33) | 9.9<br>(31) | 11.7<br>(26) | 11.9<br>(30) | 16.1<br>(22) | 14.3<br>(3) |

\* 모성사망 : 임신과 관련된 원인으로 임신 또는 분만 후 42일 이내에 발생한 여성사망

\* 자료출처 : 「2022년 영아사망·모성사망·출생전후기사망 통계」 통계청, OECD.Stat, Health Status Data(2023.10. 추출)

※ 통계청에서 실시되는 “사망원인보완조사”는 「모자보건법」 제8조제3항 및 같은법 시행규칙 제7조1항, 제2항에 따른 [임산부사망, 사산 또는 신생아사망 보고] 행정보고에 활용되므로, 지방자치단체의 적극 협조 필요

## 나. 그간 모자보건정책 성과

- (의료비 지원) 난임부부, 미숙아 및 선천성이상아 등 각종 의료비 부담을 경감시키기 위한 보충적 사업을 운영, 사회적 위험 요소를 일정 부분 해소
  - 난임부부가 건강보험 적용 이후 발생하는 본인부담금을 경감할 수 있도록 지원제도를 개편('17)
    - \* '17.10월 난임시술 건강보험 적용으로 인해 대다수 비급여 시술수가를 급여화 전환
  - 고위험 임신부 대상질환을 지속 확대하여 보장성 확대 등 지속 제도개선
    - \* 지원대상 질환 : ('15~'17) 3종 → ('18) 5종 → ('19.1~6월) 11종 → ('19.7월~) 19종
- (정신건강·상담) 위기임신전문상담센터, 임신육아종합포털 온라인상담, 난임·우울증 상담센터 등 다각적 정보제공 및 심리지원 전달체계 구축 및 운영
  - 생명존중, 인공임신중절 등 사회적 이슈에 적극 대응하여 사회협의회, 마더 세이프 전문상담센터, 인공임신중절 상담 프로토콜 마련 등 다각적 정책 추진
  - 난임 및 산전·후 우울증을 겪는 부부·여성을 위한 심리지원을 위해 전문상담 센터를 구축하고, 해당 분야 전문심리상담요원 양성 등 추진
- (예방적 건강관리) 임신부 및 신생아 대상 찾아가는 맞춤형 건강관리 서비스 시범 제공체계 마련
  - 간호사 등 전문인력이 임신부 및 만2세 미만 영아 가정을 방문하여 건강상담, 영아 발달상담, 양육교육 등 제공
- (산후조리원) 민간 산후조리 체계를 모자보건법에 마련, 소비자 권익보호 및 감염관리 등 지속 제도개선 추진
  - 산후조리업자 준수사항 추가, 감염예방교육 대상자 확대(산후조리업자→산후조리업 종사자), 정지·폐쇄 요건 추가, 모자동실 운영 권장 조항 추가 등
    - \* '19.1.15 공포, '20.1.16 시행

## 2 • 2024년 모자보건정책 추진 방향

### 가. 난임시술비 지원 확대 및 난임부부 심리·정서 지원 강화

- 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지 및 건강보험 적용 확대
- 난임·우울증 상담센터 2개소 추가설치를 통한 심리지원 인프라 강화

### 나. 임신·출산에 대한 사회적 지원 강화

- 임신 사전건강관리 지원
  - 건강한 임신·출산 지원을 위해 임신 희망 부부에게 필수 가임력 검진비 지원
- 생애초기 건강관리사업
  - 보건소 등록 임산부 및 2세 미만 영아 가정에 대해 전문적·맞춤형 건강관리 서비스를 지원
  - '24년 보건소 확대(59개 → 75개 목표)
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업
  - '23.1월에 이어 추가로 단가 인상 지원
    - (기저귀) 80천원 → 90천원, (조제분유) 100천원 → 110천원

### 다. 산후조리원 안전 및 품질관리 강화

- 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업 실시
  - 간호사를 활용하여 감염·안전 등 운영 전반에 대한 컨설팅 제공
- 감염 예방 등에 관한 교육자료 개발·배포
  - 산후조리업자, 건강관리인력 및 그 밖의 인력을 대상으로 하는 교육자료 (동영상, PPT)를 개발 및 교육 사이트를 통해 제공

## 3 2024년 국고보조

(단위 : 백만원)

| 사 업 명    |                             |                         | 일반/<br>기금      | 지원<br>기준                 | '23         |     | '24       |       | 비 고                                                                            |
|----------|-----------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------|-------------|-----|-----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
|          |                             |                         |                |                          | 사업량         | 예산  | 사업량       | 예산    |                                                                                |
| 모성<br>건강 | 임산부·아동<br>건강<br>관리          | 철분제<br>지원               | 기금             | 지자체<br>(서울30%,<br>기타50%) | 통합건강증진사업 추진 |     |           |       | - '08년 사업개시<br>- 지원대상 : 임신5개월 이상<br>으로 보건소등록 임산부<br>- '13년 지역사회통합건강<br>증진사업 실시 |
|          |                             | 엽산제<br>지원               | 기금             |                          |             |     |           |       | - '12년 신규<br>- 지원대상 : 임신전·후 3개월<br>까지 지원<br>- '13년 지역사회 통합건강증진<br>사업 실시        |
|          |                             | 표준모자<br>보건<br>수첩 보급     | 지자체 제작<br>및 발급 |                          | -           | 174 | -         | -     | - '08년 사업개시<br>- 지원대상 : 임산부 및<br>영유아                                           |
|          | 가임기<br>여성<br>건강<br>증진<br>지원 | 임신·출산·<br>육아 종합<br>정보제공 | 기금             | 민간경상                     | -           | 424 | -         | 428   | - '05년 사업개시<br>- 사업내용 : 임신출산<br>육아종합정보 제공                                      |
|          |                             | 모유수유<br>클리닉             | 기금             | 지자체<br>(50%)             | 통합건강증진사업 추진 |     |           |       | - '08년 사업개시<br>- 사업내용 : 지자체 보건소<br>모유수유클리닉<br>- '13년 지역사회통합건강<br>증진사업 실시       |
|          | 모성<br>건강<br>환경<br>조성        | 임산부의날<br>행사 및<br>배려 캠페인 | 기금             | 민간경상                     | -           | 78  | -         | 78    | - '06년 사업개시<br>(모자보건법 제3조의2)                                                   |
|          | 성·<br>생식<br>건강<br>증진        | 교육 및<br>상담 등            | 기금             | 민간경상                     | -           | 812 | -         | 736   | - 성·피임교육 및 홍보<br>- 마더세이프상담센터 운영                                                |
|          |                             | 임신 사전<br>건강관리<br>지원     | 기금             | 지자체<br>(50%)             | -           | -   | 8.2만<br>쌍 | 6,250 | - '24년 사업개시<br>- 지원대상 : 임신 희망 부부<br>(사실혼, 예비부부 포함)                             |

| 사 업 명     |                            |                              | 일반/<br>기금  | 지원<br>기준                 | '23  |       | '24  |       | 비 고                                                                                                                                                                                   |
|-----------|----------------------------|------------------------------|------------|--------------------------|------|-------|------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                            |                              |            |                          | 사업량  | 예산    | 사업량  | 예산    |                                                                                                                                                                                       |
| 청소년<br>산모 | 청소년산모<br>임신·출산 의료비<br>지원사업 |                              | 기금         | 지자체<br>(50%)             | 760명 | 456   | 380명 | 228   | - '11년 사업개시<br>- 지원대상 : 만19세이하<br>청소년 산모<br>- 사업내용 : 청소년 산모<br>의료비 지원                                                                                                                 |
| 난임<br>지원  | 난임<br>부부<br>지원<br>사업       | 체외수정<br>(신선,동결) 및<br>인공수정    | '22년 지방 이양 |                          | -    | -     | -    | -     | - '06년 사업개시후 '19.1월<br>부터 체외(신선, 동결)수정 및<br>인공수정 일부본인부담금,<br>비급여시술비 지원<br>- 지원대상 : 난임진단을 받은<br>난임부부(사실혼 포함)<br>※ 지자체별 지원 내용 상이                                                        |
|           |                            | 보조인력<br>지원                   | 기금         | 지자체<br>(서울30%,<br>기타50%) | -    | 1,036 | -    | 1,036 | - '06년 사업개시<br>- 사업내용 : 난임부부 지원<br>사업 보조인력비<br>※ 보조인력은 당초 난임부부<br>시술비 지원 업무에 집중하여<br>활용하기 위한 인원이었으나,<br>지방이양에 따라 지자체 여건에<br>맞게 모자보건사업 및<br>영유아사전예방적 건강관리 사업<br>내에서 자율적으로 업무조정하여<br>활용 |
|           |                            | 난임·우울증<br>상담센터<br>설치·운영      | 기금         | 민간위탁                     | 1    | 576   | 1    | 589   | - 국립중앙의료원(중앙 난임·<br>우울증 상담센터)<br>※ '24년부터 민간경상보조에서<br>민간위탁으로 세목 전환                                                                                                                    |
|           |                            |                              |            | 지자체<br>(50%)             | 7    | 833   | 9    | 1,071 | - 권역 난임·우울증상담센터                                                                                                                                                                       |
|           |                            | 난임시술<br>의료기관<br>평가 및<br>통계관리 | 기금         | 민간위탁                     | -    | 330   | -    | 330   | - 건강보험심사평가원                                                                                                                                                                           |
|           |                            | 냉동난자<br>사용<br>보조생식술<br>지원    | 기금         | 지자체<br>(50%)             | -    | -     | 550명 | 550   | - '24년 사업개시<br>- 지원대상 : 가임력 보존을<br>목적으로 냉동한 난자를<br>임신·출산을 위해 사용하는<br>(난임)부부                                                                                                           |

| 사 업 명      |                         | 일반/<br>기금 | 지원<br>기준                   | '23        |       | '24        |       | 비 고                                                                                                                                                                                       |
|------------|-------------------------|-----------|----------------------------|------------|-------|------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                         |           |                            | 사업량        | 예산    | 사업량        | 예산    |                                                                                                                                                                                           |
| 영유아<br>건강  | 미숙아 및 선천성<br>이상아 의료비 지원 | 기금        |                            | 8천명        | 2,759 | 12천명       | 4,330 | - '00년 사업개시 → '05년<br>미숙아 체중별 차등 지급 →<br>'20.9월 선천성이상아<br>지원기준 완화 → '24년<br>소득기준 폐지 및 선천성<br>이상아 지원기준 완화<br>- 지원내용 : 의료비 지원<br>* 신생아 집중치료실 건강보험<br>보장성 확대('16.10월~),<br>선택진료비 폐지('18.1월~) |
|            | 선천성대사이상<br>검사 및 환아관리    | 기금        | 지자체<br>(서울 30%,<br>기타 50%) | 19천명       | 2,943 | 17천명       | 2,871 | - '91년 사업개시(5개 질환)<br>→ '95년(다빈도 2개 질환)<br>→ '06년 검사종목 확대(6종)<br>→ '18.10월 검사종목 50<br>여종 확대 건강보험 적용 →<br>'24년 소득기준 폐지<br>- 지원내용 : 검사비 및<br>특수식이 등 지원                                      |
|            | 선천성 난청 검사<br>및 보청기 지원   | 기금        |                            | 14천명       | 303   | 13천명       | 555   | - '07년 사업개시 → '20년<br>보청기(1개) 지원 → '21년<br>보청기(양측) 지원 → '24년<br>소득기준 폐지 및 일측성 난청<br>지원<br>- 지원내용 : 검사비 및<br>보청기 지원                                                                        |
| 고위험<br>임산부 | 고위험 임산부 의료비<br>지원사업     | 기금        | 지자체<br>(서울30%,<br>기타50%)   | 13천명       | 2,761 | 33천명       | 6,753 | - '15년 사업개시 → '19.7월<br>19대질환 지원 → '24년<br>소득기준 폐지<br>- 사업내용 : 고위험 임신의<br>적정 치료·관리에 필요한<br>진료비 지원                                                                                         |
|            | 생애 초기 건강관리<br>시범사업      | 기금        | 지자체<br>(50%)               | 59개<br>보건소 | 4,696 | 75개<br>보건소 | 5,072 | - 사업내용 : 임산부 및 만2세<br>미만 영아 가정에 간호사 등이<br>방문하여 건강상담, 양육지원<br>등 제공<br>- '23년 시범보건소 추가 공모<br>선정(36개소 추가 예정)                                                                                 |
|            |                         |           | 민간보조                       | -          | 384   | -          | 346   | - 보건소 방문 인력 교육,<br>시범보건소 모니터링 등<br>사업관리                                                                                                                                                   |

| 사 업 명                |                          | 일반/<br>기금 | 지원<br>기준                 | '23  |        | '24  |        | 비 고                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------|--------|------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                          |           |                          | 사업량  | 예산     | 사업량  | 예산     |                                                                                                                                                                                               |
| 기저귀<br>·<br>조제<br>분유 | 저소득층<br>기저귀·조제분유<br>지원사업 | 일반        | 지자체<br>(서울30%,<br>기타50%) | 82천명 | 27,000 | 96천명 | 44,272 | - '15년 사업개시<br>- 지원대상<br>· 기저귀 : 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급가구, 기준중위소득 80%이하 다자녀, 장애인 가구의 만 2세 미만 영아<br>· 조제분유 : 기저귀 지원 대상 중 특정사유에 해당하는 경우<br>- 사업내용 : 저소득층 영아 (0~24개월) 가정의 육아 필수재인 기저귀 및 조제분유 지원 |



## 모성건강

1. 표준모자보건수첩 제공
2. 임신·출산·육아 종합정보제공
3. 성·생식건강에 관한 정보제공
4. 출산 친화적 환경조성
5. 위기임신 상담
6. 산후조리원 감염 및 안전관리

Part  
II

## 모성건강



### 1. 표준모자보건수첩 제공

#### 목 적

- 표준모자보건수첩 보급으로 임신부터 영유아기까지의 각종 검사 및 건강관리 안내, 예방접종, 검진(검사) 등 건강기록 유지, 양육에 대한 필수·객관적 정보 제공으로 모성과 영유아의 건강증진 도모

#### 가. 사업개요

- 지원근거
  - 모자보건법 제3조(국가와 지방자치단체의 책임) 및 제9조(모자보건수첩의 발급)
- 추진 배경
  - 민간 병·의원 및 분유회사 등에서 모자보건수첩을 자체 제작·보급하고 있으나 임신·출산·건강검진 등과 관련한 정보의 객관성 확보 부족 및 건강기록 단절로 임산부 및 영유아의 체계적인 건강관리 미흡
- 추진 방향
  - 산전 진찰 보험급여 및 6세미만 영유아 무료 건강검진, 예방접종 사업 등과 연계한 표준모자보건수첩 활용을 통해 임산부 및 영유아의 체계적인 건강증진 도모
  - 보건소 및 의료기관 외에도, 읍면동 주민센터(점자수첩), 다문화지원센터(다국어수첩) 등 수혜자의 접근성을 고려한 보급경로 확대

## 나. 사업내용

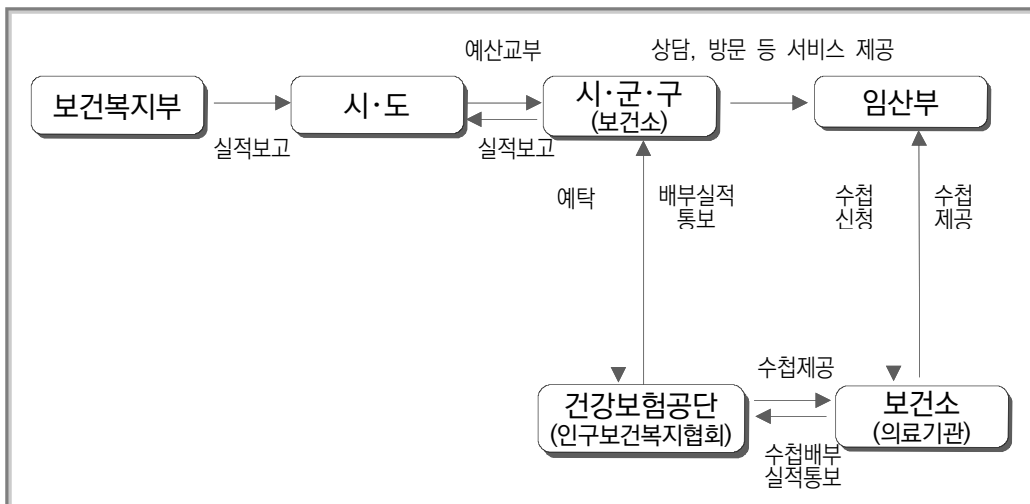
- 지원대상 : 임산부 및 0~36개월 영유아의 부모
- 지원내용
  - 임신 또는 출생사실 확인 시 보건소 또는 의료기관 등에서 임산부나 영유아에 대하여 표준모자보건수첩 발급
    - \* 의료기관에서 발급받은 경우 보건소에서 별도 발급 불필요
  - 임산부가 온라인(정부24, 맘편한 임신)을 통해 직접 신청 가능(착불)
- 예산
  - 예산구분 : 지방비 100%

## 다. 수첩 구성내용

- 아기수첩 목차(대분류)
  - 성장발달정보 및 의료기관 방문기록
  - 영유아건강검진
  - 예방접종정보와 기록
  - 부모를 위한 정보
  - 정부지원 사업 안내
- 임산부수첩(대분류)
  - 임산부 기본정보와 기록
  - 임신 시기별 정보(초기, 다태임신, 중기, 말기, 응급상황 약물복용 등)
  - 분만 방법
  - 출산 이후 정보
  - 정부지원 사업 안내

## 라. 사업 추진체계

- 보건복지부
  - 사업계획 수립(배포 실적 및 수요조사) 및 관계 기관 통보
- 시·도 및 시·군·구 보건소
  - 수첩 배포 실적 및 수요조사 보고
  - 국민건강보험공단 예탁금 납부
  - 임신부 및 영유아 부모 대상 수첩 발급 및 활용 안내
  - 관내 의료기관 등 수첩 배부 및 활용 지도
  - 수첩 잔여 수량 조정 및 추가 수요 등 민원 대응
- 국민건강보험공단
  - 예탁금 관리 및 현황 등 보건복지부 보고
  - 수첩 제작 비용 지급
  - 수첩 내 검사·검진 등 진료내역 기록 관리 홍보
- 인구보건복지협회
  - 관련 학회 등 전문가 자문 등을 거쳐 표준모자보건수첩(안) 마련
  - 수첩 제작 및 수요 지자체 배부



## 2 임신·출산·육아 종합정보제공 (아이사랑)

### 필요성

- 임신·출산·육아 관련 종합정보 및 신뢰성 있는 상담서비스 제공
- 건강한 출산과 양육을 위해 필요한 정보를 제공하고, 출산친화적 사회분위기 조성으로 출산율 안정에 기여

### 가. 추진방향

- 생애주기별 특성에 맞는 임신·출산 및 육아 관련 종합정보 제공

### 나. 사업내용

- 임신·출산·육아 등 종합정보제공([www.childcare.go.kr](http://www.childcare.go.kr), 1644-7373)
  - \* '15년부터 아이사랑 사이트로 통합개설
- 대상자 특성에 맞게 카드뉴스, 동영상·웹툰 등 다양한 방식의 정보콘텐츠 개발·제공
- 분야별 전문가에 의한 24시간 온라인 상담 및 상담원의 상담전화 제공을 통한 임신출산육아 정보 접근성 제고
  - \* 온라인 상담(산부인과, 소아청소년과[미숙아, 선천성(대사)이상아 상담 포함], 영유아 청각 건강, 산전후우울증, 육아, 모유수유, 심리·정책)
  - \*\* 전화상담(임신출산육아 및 기타 1644-7373), 대면 및 화상상담(예약제, 사이트에서 예약 가능)
- 여성장애인, 국제결혼이주여성, 다문화가족 등 정보 소외계층 대상 특성과 콘텐츠 개발 및 제공
- 온·오프라인 정보 연계를 통한 사이트 내 임신·출산·육아 콘텐츠 활성화
- 수유정보 알리미([www.sooyusil.com](http://www.sooyusil.com)) 사이트 운영을 통해 이용자 접근성 강화 및 수유 편의 증진
- 수유시설 실태조사를 통한 안전한 수유 환경 조성
- 모유수유 담당자 교육을 통해 역량 강화 및 모유수유 인식 제고

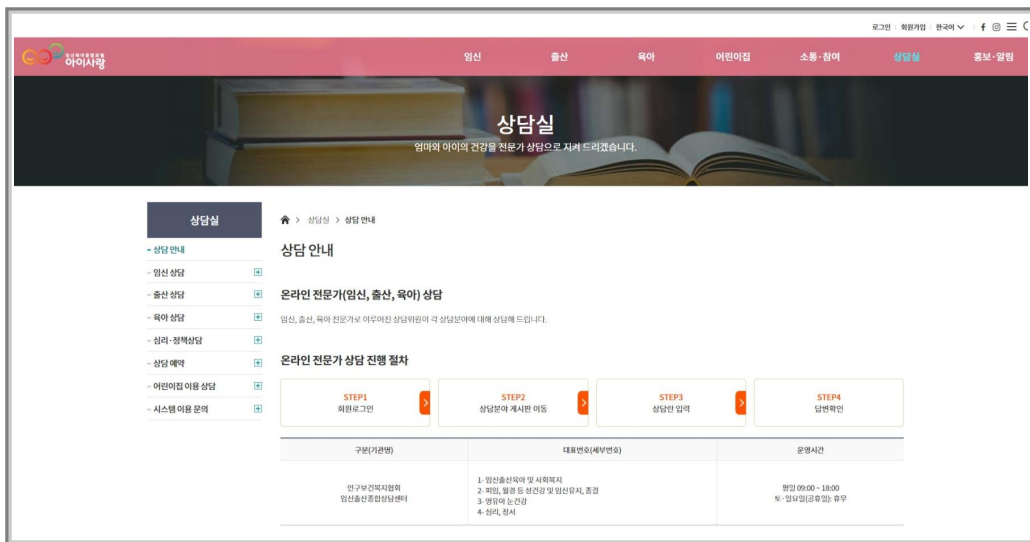
[참고자료 1]

## 아이사랑사이트 임신, 출산, 육아 등 상담 이용 안내

### 〈온라인전문가 상담〉

- 아이사랑(www.childcare.go.kr) 회원가입 후 로그인
- 상담실 내 해당 상담분야 이동, 상담글 등록 및 답변 확인

### 〈예시 화면 1〉



### 〈예시 화면 2〉



〈예시 화면 3〉

총 8326 건이 검색되었습니다.

| 번호   | 제목                                                      | 답변여부 | 등록일        |
|------|---------------------------------------------------------|------|------------|
| 공지   | 이용안내) 산부인과 전문의가 답변해주는 의학상담실입니다.                         |      | 2023-04-13 |
| 8326 | 배박심검출                                                   | 접수중  | 2024-01-22 |
| 8325 | 문맥드립니다                                                  | 접수중  | 2024-01-22 |
| 8324 | 태아 초음파 관련 문맥드립니다                                        | 처리완료 | 2024-01-22 |
| 8323 | 임신 중 청신과 약 복용                                           | 처리완료 | 2024-01-22 |
| 8322 | 임신 초기 문맥드립니다                                            | 처리완료 | 2024-01-16 |
| 8321 | 임신문맥드립니다                                                | 처리완료 | 2024-01-15 |
| 8320 | 출산 후 월경                                                 | 처리완료 | 2024-01-14 |
| 8319 | 갑상선 암 수술, 목과 허리 디스크 치료중입니다. 임신 초기 주의해야 할 병원 처방 약, 물 ... | 처리완료 | 2024-01-12 |
| 8318 | 임신 중 감기 관련 건                                            | 처리완료 | 2024-01-11 |
| 8317 | 보건소 산전검사 결과 문맥                                          | 처리완료 | 2024-01-10 |

〈전화 및 대면/화상상담 예약〉

- 회원 로그인 없이 필수항목 입력으로 상담예약 가능
- 임신출산육아 전화상담(1644-7373) 및 대면/화상상담 예약

〈예시 화면〉

The screenshot displays the '상담실' (Consultation Room) interface. At the top, there's a navigation bar with links for '임신' (Pregnancy), '출산' (Delivery), '육아' (Childcare), '어린이집' (Nursery), '소통·참여' (Communication/Participation), '상담실' (Consultation Room), and '홍보·알림' (Promotion/Notice). The main header area features the text '상담실' and '엄마와 아이의 건강을 전문가 상담으로 지켜 드리겠습니다.' Below this, a sidebar on the left lists various consultation topics. The main content area is titled '임신출산육아 전화상담예약' and includes sections for '개인정보 수집 및 이용 동의' and '민감정보 처리 내역 동의'. The interface is clean and professional, with a pink header and a dark blue sidebar.

### 3 성·생식건강에 관한 정보제공 등

#### 목 적

- 성적자기결정권 및 존중을 기반으로 한 대상자별 맞춤형 피임정보를 제공함으로써 원치 않는 임신예방 및 자기 주도적 피임실천 지원
- 피임, 월경, 성매개감염병 등 성건강 및 위기임신, 임신의 유지·종결 등에 대한 온·오프라인 상담실 운영으로 이용자의 접근성을 높여 안전한 피임문화 정착 및 여성의 건강증진 도모
- 임신·출산 관련 약물복용 등에 대한 정확한 정보 제공을 통해 안전한 출산 환경 조성

#### 가. 추진방향

- 원치 않는 임신예방을 위한 대상자별 맞춤형 피임정보 및 성건강, 위기 갈등상황에서의 임신의 유지·종결 등 종합 상담서비스 제공
  - \* 추진근거: 모자보건법 제12조(인공임신중절 예방 등의 사업)
- 임신 및 모유수유 중 약물복용, 음주, 흡연 관련 상담 서비스 제공 및 온·오프라인 대국민 홍보

#### 나. 사업내용

- 청소년, 성인대상으로 성적자기결정권, 안전한 피임 등 계획된 임신을 할 수 있도록 성·피임교육지원
  - 2019년부터 성교육은 성교육 전문강사, 피임교육은 의료인으로 진행
    - \* 2018년까지 성교육(1시간)에 피임교육 내용을 포함하여 운영
- 피임, 월경, 성매개감염병 등 다양한 정보를 카드뉴스, 동영상, 웹툰 등 다양한 방식의 콘텐츠 개발·제공
  - \* 2020년부터 러브플랜 홈페이지([www.loveplan.kr](http://www.loveplan.kr)) 운영
- 성건강 및 위기갈등 상황에서의 임신의 유지·종결 등에 대한 온·오프라인 종합 상담 서비스 제공
  - 온라인(게시판/상담톡/지식iN/의료, 정책, 심리), 전화(1644-7373), 대면(화상)상담
- 임신·모유수유 중 안전한 약물사용에 대한 상담서비스 제공 및 사전예방적 관리를 위한 대국민 홍보(임산부 약물복용 관련 정보 제공)



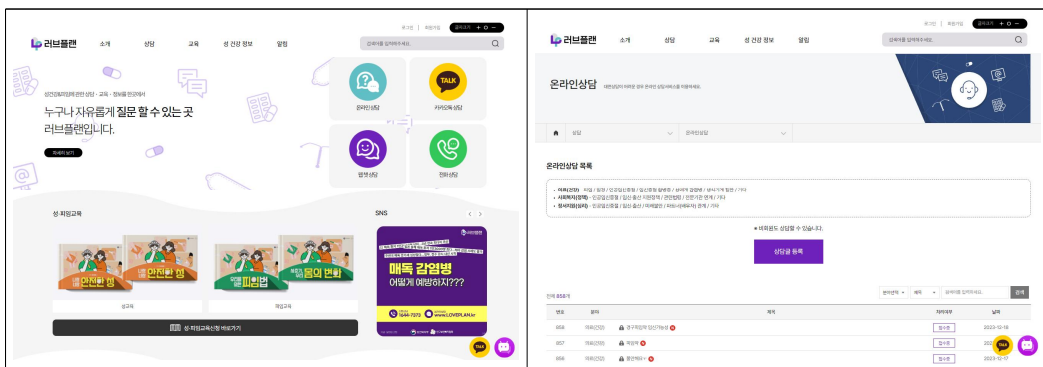
[참고자료1]

## 종합상담(의료(건강), 정책(복지), 심리(정서적지지) 등) 이용 안내

### 〈온라인 전문가 상담〉

- 게시판: 러브플랜(www.loveplan.kr) 온라인상담실 내 해당 상담분야별 상담글 등록 및 답변 확인
- 상담톡: 카카오톡 채널 '러브플랜' 친구추가 후 카톡 상담
- 지식iN: 네이버 포털내 '러브플랜/위기임신출산' 상담

### 〈예시화면〉



### 〈전화 및 대면/화상상담 예약〉

- 필수입력 항목으로 상담예약 가능
- 성건강, 위기임신·출산종합상담(1644-7373) 및 대면/화상상담 예약

### 〈예시화면〉

## 4 ● 출산 친화적 환경조성 (임산부의 날 행사 및 임산부 배려 캠페인 추진)

### 임산부의 날 제정 배경

- 「임산부의 날」을 통해 전국민이 임신과 출산의 중요성을 재인식하고 출산친화적 사회분위기 조성
  - 모자보건법 개정(05.12.7) : 10월 10일을 임산부의 날로 제정

### 가. 임산부의 날 행사 실시

#### 1) 목적

- 임산부의 날(10월 10일) 행사를 통해 임신과 출산의 중요성 재인식 및 임신·출산 친화적 환경조성을 위한 개인 및 사회의 적극적인 참여 분위기 확산의 계기 마련
- 임신과 출산 친화적 문화 및 임산부가 배려 받는 사회분위기 조성
- 출산친화환경 조성에 기여한 유공자에 대한 포상·격려로 홍보효과 극대화

#### 2) '24년 제19회 임산부의 날 기념 행사계획

- 일 시 : '24. 10. 10.(화)
- 주 최 : 보건복지부
- 장 소 : 미정
- 행사내용 : 기념식 및 축하공연, 시민참여 프로그램 운영
- 기 타 : 지방자치단체는 지방특성 및 실정에 맞게 자체계획 수립·시행

## 나. 임산부 배려 캠페인 추진

### 1) 추진배경 및 목적

- 초기 임산부들은 유산의 위험, 입덧과 구토, 과도한 피로감 등 신체적·정신적 어려움을 겪음에도 외견상 표시되지 않고 사회적 인식도 부족하여 공공장소나 교통수단을 이용할 때 충분한 배려를 받지 못하고 있음
- 이에 임산부임을 나타내는 상징 디자인을 소지물품이나 공공장소 안내문 등으로 다양하게 제작·보급하여 초기 임산부들이 공공장소에서 배려 받을 수 있는 사회 분위기를 조성·확산

### 2) '24년도 계획

- 임신·출산에 대한 존중문화 조성
- 임산부배려 엠블럼 배지 제작·배포
- 아이사랑([www.childcare.go.kr](http://www.childcare.go.kr)) 홈페이지를 통한 홍보 운영
- SNS 매체 및 임산부 배려 영상 통한 홍보 지속
  - 임산부 배려를 위한 행동수칙 홍보
  - 임산부 배려 콘텐츠(웹툰 동영상, 카드뉴스 등) 홍보
  - 민간 사이트 연계 영상 송출 확대
  - 임산부 배려식 운영기관 연계 온·오프라인 캠페인 추진
- 지방자치단체는 지방특성 및 실정에 맞게 자체계획 수립·시행
  - 임산부배려 엠블럼 배지(가방고리 등)을 적극 관내 임산부들에게 배부
  - 임산부배려 엠블럼 홍보 및 활용확대를 포함한 임산부배려 의식 제고를 위한 다양한 자체 추진방안을 적극 마련하여 추진

## Ⅰ 임신부배려 엠블럼

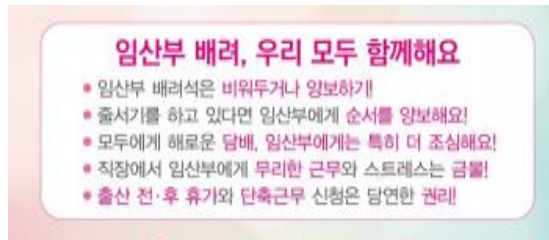
### ● 의 미

- ‘임산부 먼저’라는 문자와 임신부 배려를 뜻하는 ‘배려의 손과 원’을 결합하여, 강한 주목성을 나타냄으로 캠페인의 목적과 사회적 행동을 동시에 강조
- 아이와 엄마의 사랑, 가족과 사회의 사랑을 나타내기 위해 분홍을 주조색으로 사용

※ 2010.10월 임신부의 날 기념행사에서 우리나라 공식 임신부배려 엠블럼으로 선포



[임산부배려 엠블럼]



[임산부배려 수칙]

## 5 • 위기임신 상담

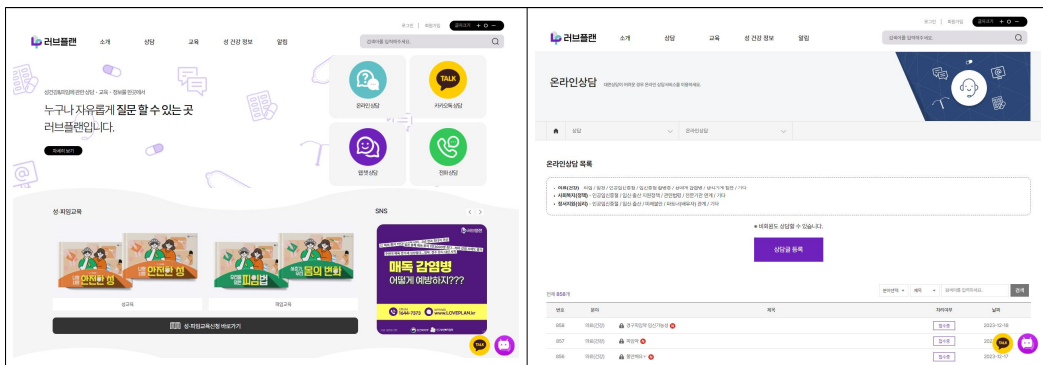
### 가. 위기임신 상담(☎129 보건복지콜센터, ☎1644-7373 인구보건복지협회)

- 24시간 위기임신, 인공임신중절 상담제공 및 전문상담기관 연계
- 미혼모 시설 등 유관기관 및 출산·자녀 양육 정보 등을 제공하고 임신갈등 상담서비스 연계

#### 〈온라인 전문가 상담〉

- 게시판: 러브플랜(www.loveplan.kr) 온라인상담실 내 해당 상담분야별 상담글 등록 및 답변 확인
- 상담톡: 카카오톡 채널 '러브플랜' 친구추가 후 카톡 상담
- 지식iN: 네이버 포털내 '러브플랜/위기임신출산' 상담

#### 〈예시화면〉



#### 〈전화 및 대면/화상상담 예약〉

- 필수입력 항목으로 상담예약 가능
- 성건강, 위기임신·출산종합상담(1644-7373) 및 대면/화상상담 예약

## 6 산후조리원 감염 및 안전관리

### 가. 목적

- 산후조리원은 임산부 및 영유아의 집단관리로 감염위험에 쉽게 노출, 화재 등 사고발생시 대피에 취약해 감염 및 안전관리를 통해 안전하고 건강한 산후조리 지원

### 나. 추진 경과

- 산후조리원의 신고제 도입('06.6월 시행)
  - 산후조리업자의 신고(법 제15조)
  - 산후조리업자의 준수사항(법 제15조의4)
  - 건강진단(법 제15조의5)
  - 산후조리 교육(법 제15조의6)
  - 벌칙 및 과태료 규정(법 제26조 및 제27조)
- 모자보건법 개정('09.7.8.시행)
  - 의료기관 이송시 이송보고 의무(법 제15조의4) 및 미보고시 과태료 부과(제27조제2항 제2호 신설)
  - 건강진단을 받아야 하는 자의 범위 명확화(법 제15조의5) 및 건강진단 미필의 경우 산후 조리 업자에게 과태료 부과(법 제27조제1항제2호)
  - 산후조리업에 직접 종사하지 아니하거나 둘이상의 산후조리업을 하려는 자는 건강관리책임자로 하여금 교육을 받게 할 수 있도록 함(법 제15조의6제3항 신설)
- 산후조리원 감염관리 지침 개정('13.12월)
  - 감염관리체계, 감염관리실무, 신생아 및 산모 감염예방 관련 규정
- 산후조리업자에 대한 감염예방 등에 관한 교육지침 개정('14.5월)
  - 교육방법을 온라인 교육에서 집합교육으로 변경

- 모자보건법 개정('15.7.29. 시행)
  - 산후조리원 이용으로 인한 감염 등 이용자 손해 배상책임 보장 및 책임보험 가입 의무화 (법 제15조의15)
  - 산후조리원 이용 시 제공되는 서비스 내용과 요금체계 게시 의무화(법 제15조의16)
  - 산후조리업 신규종사자 건강진단을 채용 후 1개월 이내 → 채용 전 1개월 이내로 변경(영 제16조의2 제2항)
- 모자보건법 개정('16.6.23. 시행)
  - 산후조리업자 및 종사자의 건강진단 외 예방접종 의무 추가(법 제15조의5)
  - 산후조리업자에게 필요한 보고 또는 산후조리원 검사의 범위·시기·내용·절차·방법 등에 관련하여 모자보건법에서 정하는 사항 이외는 「행정조사 기본법」 준수(법 제15조의7)
  - 산후조리원 이용 시 제공되는 서비스 내용과 요금체계 공개의무 이외 중도 해약 시 환불기준 공개 의무 추가(법 제15조의16)
  - 지방자치단체의 산후조리원 설치·운영(법 제15조의17)
  - 산후조리원 평가 및 공표(법 제15조의19)
  - 산후조리 관련 실태조사 등(법 제15조의20)
- 모자보건법 개정('18.6.13. 시행)
  - 지자체가 설치·운영하는 산후조리원 설치기준 완화(법 제15조의17)
- 모자보건법 개정('18.9.14 시행)
  - 산후조리원 위반사실 등의 공표(법 제23조)
  - 의료기관으로 이송 사실 미보고 과태료 상향조정(법 제27조제1항 제1호의 2)
- 「산후조리원 감염·안전 관리 매뉴얼」 개정 및 배포('19.6)
- 산후조리원 감염 예방 등에 관한 교육 콘텐츠 자료 개발('19)
  - 건강관리인력 및 그 밖의 인력 대상 교육 동영상, PPT 자료 개발
- 모자보건법 개정('20.1.16 시행)
  - 산후조리업자의 준수의무 세분화 및 확산 방지 조치 의무 부과(법 제15조의4)

- 질병이 있는 것으로 의심되는 사람에 대한 격리 등 근무제한 조치  
(법 제15조의5 제2항)
- 감염 예방 등에 관한 교육 대상자 확대(법 제15조의6)
- 폐쇄규정, 별칙 및 과태료 규정(법 제15조의9, 제26조, 제27조)

#### 다. 감염 및 안전사고 예방을 위한 정기점검

1) 임신부 및 영유아의 감염 및 안전사고 예방을 위하여 정기적인 점검 실시

2) 주요내용

- 산후조리원 미신고 영업 유무(법 제15조)
- 산후조리원 인력 및 시설기준 준수 여부(시행규칙 별표 2)
- 산후조리업자 및 종사자 결격사유 해당 여부(법 제15조의 2)
- 임신부 및 영유아 건강기록부 비치 및 건강상태 기록·관리 여부(법 제15조의4 제1호)
- 감염 또는 질병을 예방하기 위하여 준수사항 조치 여부(법 제15조의4 제2호)
- 의료기관 이송 등 필요조치 여부, 이송시 이송보고, 확산방지 조치 실시 여부  
(법 제15조의4 제3호, 4호)
- 산후조리업자와 종사자의 건강진단 및 예방접종 실시 여부(법 제15조의5)
- 산후조리업자 및 종사자의 감염 예방 등에 관한 교육 이수 여부(법 제15조의6)
- 산후조리원 유사명칭 사용 여부(법 제15조의14)
- 산후조리원 책임보험 가입 여부(법 제15조의15)
- 산후조리원 이용요금 및 중도해약시 환불기준 공개의무 준수 여부(법 제15조16)
- 「산후조리원 감염관리 지침」에 따른 감염관리 이행 여부(행정지도 사항)

3) 점검주기 : 반기 1회 이상. 단, 보건복지부에서 산후조리원의 감염예방 및 안전사고 등 시설 전반에 대한 현안 점검 필요하다고 판단하여 요청하는 경우 추가 점검 실시

※ 산후조리원 관련 모자보건법령 세부사항은 '산후조리원 관리·운영 편람' 참고



## 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

1. 사업개요
2. 서비스 대상자 선정
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용
4. 서비스 실시
5. 예산 집행 및 정산
6. 비용의 지불 정산
7. 개인정보 관리

Part  
III

## 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

### 1 사업개요

#### 가. 추진배경

- 청소년산모 특성상 사회적 노출 기피, 부모와의 관계단절 등으로 산전관리가 미흡한 실정

#### 나. 목 적

- 산전관리가 취약한 청소년산모 대상으로 임신·출산 의료비를 지원함으로써 청소년 산모와 태아의 건강증진 도모

#### 다. 추진경과

- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업 도입 확정('10.12.)
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업 지침 마련·통보('11.1.)
  - (지원대상 및 방식) 미혼모자시설에 입소한 만 18세 이하 청소년산모, 직접청구
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 전용카드 도입 추진('11.9~12.)
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 지원대상 확대 및 지원방식 개선('12.1.)
  - (지원대상) 미혼모자시설에 입소한 만 18세 이하 청소년산모
    - 만 18세 이하 모든 청소년산모
  - (지원방식) 직접청구 → 전용카드(보건소에서 발급되는 개인 지정형 정부기관 법인체크카드)

- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 국민행복카드 도입('15.5.)
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 지원범위 및 사용기간 확대('19.1.)
  - (지원범위) 임신부의 임신·출산 관련 진료비 중 본인부담 의료비 → 출생일로 부터 1년 이내의 영유아의 요양기관 진료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담비용 추가
  - (사용기간) 분만예정일 이후 60일까지 → 분만예정일 이후 1년까지
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원범위에 임신부의 약국 사용 추가('20.7.)
  - (지원범위) 임신부의 임신·출산과 관련한 의료비 외에 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인부담비용에 대해서도 지원
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 대상 확대('21.1.)
  - (지원대상) 만 18세 이하 → 만 19세 이하
- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 항목 및 지원기간 확대('22.1)
  - (지원항목) 임신부 및 2세미만 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비
  - (지원기간) 분만예정일 이후 2년까지

## 라. 서비스 개요

- 지원대상자
  - 만 19세 이하 산모로 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청자
    - \* 연령은 “임신확인서”상 ‘임신확인일’ 기준으로 만19세까지이며, 소득·재산 기준 없음
    - \* (연령 산정 예시) '04.2.10. 출생한 김산모가 청소년산모 임신·출산의료비 지원을 받기 위한 임신확인일은 언제까지 인가요? <24.2.9.>
- 지원범위
  - 임신부 및 2세미만 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비
    - \* 산후조리원 비용은 지원 불가
- 지원금액
  - 임신 1회 당 120만원 범위 내

● 사용기간

- 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일(유산진단일, 출산 이후 서비스 신청한 경우 출산일) 이후 2년까지
- \* 예) 분만예정일이 2023.5.1.인 경우 2025.4.30.까지 사용 가능

● 지원방법

- 요양기관에서 국민행복카드로 결제

마. 서비스 운영방식

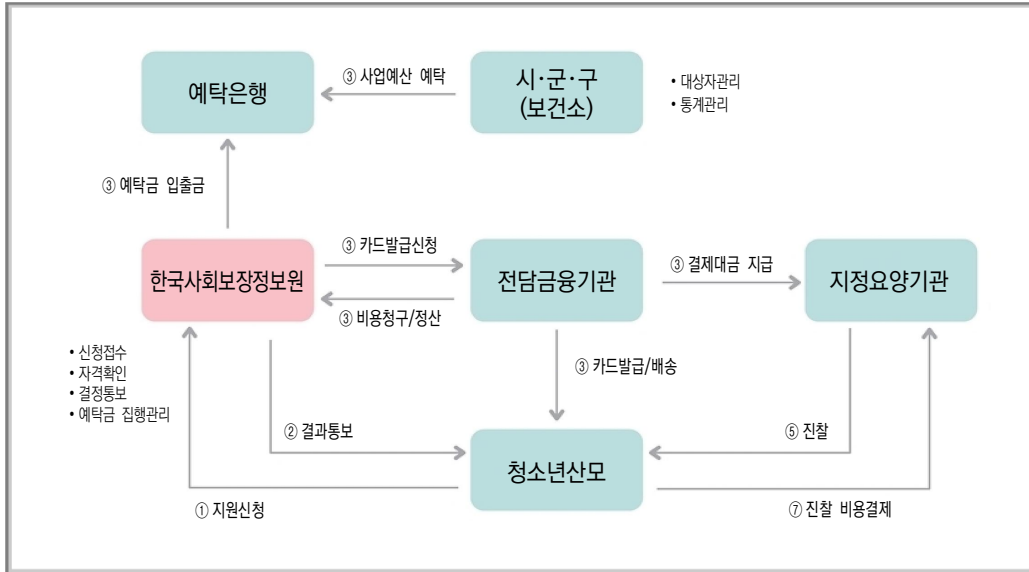
● 관련근거

- 모자보건법 제3조(국가와 지방자치단체의 책임)
- 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제9조(사회서비스이용권의 발급 신청), 제10조(신청에 따른 조사), 제11조(사회서비스이용권의 발급) 및 제28조(사회서비스 전자이용권의 관리체계 구축)
- 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행령 제7조(업무의 위탁), 제8조의3 (민감정보 및 고유식별정보의 처리)
- 국민행복카드 통합카드 운영관리 사업 계약 제2조 및 제3조

● 운영방식

- 국가바우처 운영관리시스템 활용(한국사회보장정보원에 운영 위탁)
- (위탁 기관 및 업무) 바우처사업 운영 전담기구인 한국사회보장정보원
  - 청소년산모 임신·출산 의료비의 신청접수 및 자격결정
  - 이용권 사용금액에 대한 비용처리 및 정산
  - 예탁금 관리 등
- (카드발급) 국가바우처 운영관리사업 계약에 따른 전담카드사
  - BC카드의 회원카드사, 롯데카드, 삼성카드, KB국민카드, 신한카드

● 운용절차



## 바. 바우처 신청 및 이용절차



※ 국민건강보험공단의 ‘임신출산 진료비 사업’ 신청시 한국사회보장정보원에 신청정보와 주민등록 주소지 정보를 제공하는 것에 동의한 경우, 사회서비스 전자바우처 홈페이지 신청 및 구비서류 제출 절차 생략

사. 기관별 담당업무

| 구 분             | 업무 내용                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 보건복지부           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 기본계획 수립</li> <li>• 사업평가 및 지도·감독</li> <li>• 사업 홍보 및 교육</li> </ul>                                                                                       |
| 보 건 소           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 접수 및 지원 대상자 관리</li> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 예탁 및 통계 보고</li> </ul>                                                                  |
| 요양기관            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 대상자 관리</li> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 청구 및 수령</li> </ul>                                                                                   |
| 한국사회보장정보원       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청접수 및 자격결정</li> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 바우처 생성 및 관리</li> <li>• 청소년산모 임신·출산 의료비 예탁금 운영 및 관리</li> <li>• 국가바우처 운영관리시스템 운영</li> </ul> |
| 전담금융기관<br>(카드사) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 국민행복카드 발급 및 거래내역 관리</li> <li>• 한국사회보장정보원과 정산</li> </ul>                                                                                                |
| 예탁은행            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업비 예탁계좌 관리</li> <li>• 예탁금 입/출금 관리</li> </ul>                                                                                                          |

## 2 서비스 대상자 선정

### 가. 신청기준

- 임신부 본인 또는 그 가족(민법 제779조에 따른 가족\*)
  - 임신부 본인 신청을 원칙으로 하되, 고위험임신 등의 사유로 불가피하게 본인 신청이 어려운 경우 가족이 대리 신청 가능
    - ※ 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족, 배우자의 형제자매

### 나. 신청절차



※ 신청한 카드사에서 대상자 본인 확인을 위한 발급상담 전화가 발신됨. 다만, 전화연결이 지연되는 경우 카드 발급이 지연됨.

※ 전담금융기관에서 청소년 임신부에게 카드발급 상담전화 시 본인여부, 카드수령지 등 확인

※ 임산부는 카드수령 시 카드 가입신청서 별도 작성 및 임산부 본인 서명 필요



● 신청권자 : 임신부 본인 또는 그 가족

- 임신부 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 신청하기 어려운 경우 위임장을 가지고 대리 신청 가능
- 가족의 범위 : 민법 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족 및 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

● 신청 접수처

- 온라인신청 : 사회서비스 전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)
- 구비서류 접수 : 한국사회보장정보원 바우처사업본부 청소년산모 업무 담당

※ 주소 : 서울특별시 광진구 능동로 400(중곡동, 보건복지행정타운 17층)  
한국사회보장정보원 바우처사업본부 청소년산모 바우처 사업 담당자 (우편번호) 04933

※ 국민건강보험공단의 '임신출산 진료비 사업' 신청시 한국사회보장정보원에 신청정보와 주민등록 주소지 정보를 제공하는 것에 동의한 경우, 사회서비스 전자바우처 홈페이지 신청 및 구비서류 제출 절차 생략

● 제출서류

- 청소년산모 본인이 신청한 경우
  - 요양기관에서 발급받은 '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서(서식 제1호)' 1부(이하 '임신확인서'라 한다.)
  - 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악할 수 있는 '주민등록등본' 1부
    - ※ '주민등록등본'은 발급일로부터 3개월 이내 제출하여야 인정되므로, 가능한 최근 발급한 '주민등록등본' 제출
    - ※ 신청서상의 임신확인란을 요양기관에서 확인 받은 후 신청
    - ※ 의료비 지원대상자가 만14세 미만인 경우에는 "임신확인서" 뒷면의 맨 하단에 있는 '법정대리인'란에 반드시 동의 서명 후 제출

※ 청소년산모가 본인 또는 가족 휴대폰인증 문제로 온라인 신청이 불가하여 미혼모자 시설, 권역별 미혼모·부자지원기관, 가까운 보건소에 신청 할 경우 해당 기관에서는 본인 확인 후 제출서류를 받아서 공문으로 한국사회보장정보원에 신속하게 우편 송부

\* 제출서류 : 임신확인서, 주민등록등본, 본인확인을 위한 신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등) 사본

\* 청소년산모가 기관을 방문하여 신청할 경우 산모는 「사회서비스 전자바우처 포털」에서 온라인 접수는 하지 않음(한국사회보장정보원에서 등록함)

- 청소년산모 가족이 대리 신청한 경우
  - 요양기관에서 발급받은 ‘임신헌인서(서식 제1호)’ 1부
  - 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악할 수 있는 ‘주민등록등본’ 1부
  - 위임장(서식 제3호), 대리인 신분증 사본, 청소년산모(임산부)와의 가족관계를 입증(주민등록등본, 가족관계증명서 등)할 수 있는 서류
  - ※ 영유아의 법정대리인이 신청하는 경우 영유아와 법정대리인 및 영유아와 임신부와의 관계를 입증할 수 있는 각각의 서류 : 주민등록표 등본, 가족관계증명서 등
- 제출기한
  - 온라인 신청일로부터 15일 이내에 한국사회보장정보원에 도착하도록 송부
  - ※ 제출기한 내에 제출서류(임신헌인서, 주민등록등본 등)를 미제출한(미비한 경우 포함) 사람에게는 신청 또는 서류도착일로부터 10일 이내에 보완서류를 제출하도록 안내

#### 다. 결 정

- 한국사회보장정보원 담당자는 신청 이후 구비서류 내용을 확인하여 접수 처리 및 대상자 자격 결정
  - ※ 전담금융기관의 카드발급 상담전화를 위해 전화번호 기재 필수(휴대전화번호는 본인 확인에 반드시 필요하므로 기재)
  - ※ 요양기관기호, 면허번호 반드시 기재, 개인정보 제공 및 활용 동의에 대한 본인서명 확인
- 대상자 선정 결과는 국가바우처 운영관리시스템을 통해 전담금융기관(카드사)으로 전송

#### 라. 통지, 발급 및 카드수령

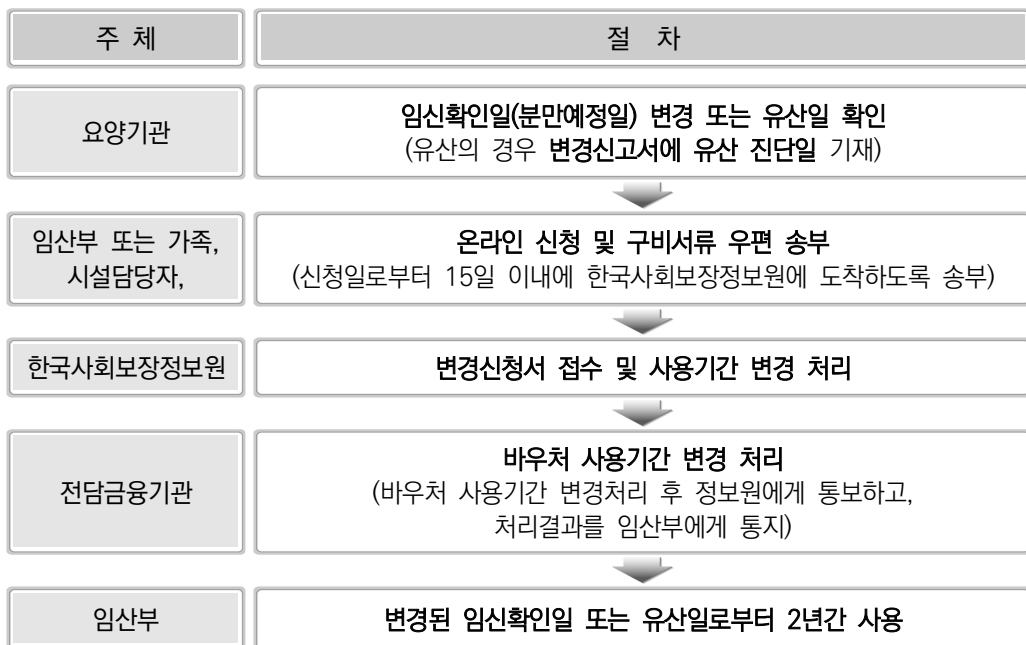
- 전담금융기관(카드사)에서 본인확인(카드발급 상담전화 실시) 후 카드 발급 및 서비스 이용 방법 등 안내
  - 이용권 지원액, 서비스 이용 절차 및 서비스 범위 등 안내
- 전담금융기관은 대상자에게 카드를 개별로 송부하고, 서비스이용 방법 안내
  - 자격결정 완료일로부터 7~10일 이내에 카드발급 및 배송

- 전담금융기관의 카드발급 상담 전화 확인 때 본인이 요청한 카드수령 주소지로 배송
  - 임신부는 카드수령 시 카드가입신청서를 별도 작성하며, 본인서명날인 후 카드수령 가능(원칙적으로 본인이 국민행복카드 수령)
  - 신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등) 또는 주민등록등본(가족관계 증명서 등) 제시
- ※ 전담금융기관 영업점을 방문하여 카드 수령 가능

## 마. 변경

- 임신확인일, 분만예정일 변경 및 바우처 사용 중 유산 진단 시 ‘청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경 신고서(서식 제2호)’를 작성하여 한국사회보장정보원으로 제출
  - ※ 변경사항 신고 시에는 요양기관 확인란(임신확인서)을 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능
  - ※ 성명, 주민등록번호는 전담금융기관(카드사)을 통해 변경 신청 가능

## ● 변경신청 절차



### 3 • 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용

#### 가. 개 요

- 서비스 대상자로 결정된 자에게는 이용권(국민행복카드) 발급
  - 전담금융기관은 이용권(국민행복카드) 신청발급 절차 후 발송
- 요양기관은 서비스 제공 후 대상자로부터 국민행복카드를 받아 결제 처리

#### 나. 이용권(국민행복카드) 발급

##### 1) 이용권(국민행복카드) 발급 절차

- 사회서비스 전자바우처 홈페이지에 접속 후 청소년산모 임신·출산의료비 지원 신청 시 해당 카드사 지정 선택
  - 자격결정 후 해당 금융기관에서 지원신청서에 기재한 핸드폰(본인 또는 신청인 명의)으로 카드발급상담 후 발급
  - 이용권(국민행복카드)은 반드시 임신부 본인 명의로 발급 신청
    - ※ 서비스 신청 시 '국민행복카드사'를 선택하면, 대상자 자격결정 후 전담금융기관으로 카드신청 정보 전송(국민행복카드 소지자는 카드 신청 및 발급 불필요)
- 전담금융기관에서 이용권(국민행복카드)을 서비스 대상자에게 개별 발송

##### 2) 이용권(국민행복카드)의 종류

- 카드의 종류 및 발급 원칙
  - 체크카드, 전용카드(계좌 미연계 체크카드)
    - 체크카드 발급을 기본으로 하고, 전용카드는 계좌계설이 어려워 체크카드 발급이 원칙적으로 불가능한 자에게만 발급
- 카드는 서비스 대상자 명의로 발급
  - 가족이 신청하는 경우 위임장 및 임신부와 관계서류 첨부
  - 금융기관의 카드발급 상담전화 시 임신부 본인과 반드시 통화하여 확인

- 체크카드 발급을 위해서는 서비스 대상자 본인 명의로 개설된 결제 계좌 필요
- 체크카드는 국민행복카드 신청 카드사별로 상이

【 각 카드사별 개설 가능한 체크카드 계좌 】

| 카드사    | 개설 가능한 계좌                                                                                   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| BC카드   | 우리은행, IBK기업은행, 부산은행, 대구은행, 경남은행, NH농협, 스탠다드차타드, 수협은행, 제주은행, 광주은행, 전북은행, 우체국, 하나은행           |
| 롯데카드   | 신한은행, KB국민은행, 우리은행, 하나은행, 스탠다드차타드, 외환은행, 전북은행, IBK기업은행, NH농협, 수협은행, 부산은행, 대구은행, 경남은행, 광주은행, |
| 삼성카드   | 광주은행, 대구은행, 부산은행, 새마을금고, 스탠다드차타드, 신한은행, 외환은행, 전북은행, 하나은행, 우리은행, KB국민은행, 경남은행, IBK기업은행, NH농협 |
| KB국민카드 | 온라인 KB국민카드 및 KB국민은행 전국 영업점                                                                  |
| 신한카드   | 온라인 신한카드 및 신한은행 전국 영업점                                                                      |

※ 카드사와 개설 가능한 계좌은행은 국민행복카드와 동일하게 운영되므로 국민행복카드 변동시 청소년산모 임신·출산 의료비지원도 변동됨

- 계좌 개설이 필요한 경우 임신부 본인이 신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등) 및 주민등록등본(실명확인용)을 지참하고 계좌 개설이 가능한 은행에 방문하여 직접 개설
- 다만, 만 14세 미만인 경우 보호자(부모 등) 신분증 및 가족을 확인할 수 있는 가족관계증명서 등을 지참하고 부모가 카드사별 계좌 개설이 가능한 은행에 방문하여 개설(금융기관 방문 전에 전화로 필요서류 확인 요망)

### 3) 카드 결제기준

- 지원금 포인트는 이용권(국민행복카드) 발급 시 생성
  - ※ 카드 수령 시에는 포인트가 생성된 카드임
- 사용 기간 내 미 사용된 지원금(포인트)은 자동 소멸
- 청소년 산모 임신·출산 의료비를 결제하는 요양기관은 결제승인코드 '38' 입력

#### 4) 카드 재발급

- 성명, 주민등록번호 변경에 따른 카드 재발급은 전담금융기관에서 안내 및 신청
- 카드 훼손 또는 분실 시 전담금융기관에 신고 후 재발급
  - ※ 분실할 경우 재발급 시까지 이용할 수 없으므로 관리 철저 요망
  - ※ 분실 사실을 미신고하거나 신고지연으로 타인이 사용한 경우 나머지 차액만 지원되므로 관리에 철저를 기하고 분실 시 즉시 신고할 것

#### 5) 이용권(국민행복카드) 관련 주의사항

- 카드 수령 후 반드시 임산부 본인이 보관
- 사회서비스 전자바우처 포털 및 전담금융기관에서 자신의 지원금(포인트) 잔액 및 사용 내역 등 확인 가능

### 다. 이용권(국민행복카드) 지원내용

#### 1) 이용권(국민행복카드) 지원액 및 지원방법

- 1회 임신에 120만원 범위 내 지원
- 임산부 및 2세미만 영아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비

#### 2) 사용기간

- 사용기간 : 분만예정일(유산진단일, 출산 이후 서비스 신청한 경우 출산일)이후 2년까지
  - 사용기간 내 사용하지 않은 지원금은 사용기간 경과 후 자동 소멸
  - 지원된 이용권(국민행복카드)은 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스 신청 승인 다음날)부터 분만예정일 + 2년까지 임산부 및 2세미만 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비 지불에 사용
    - ※ 서비스 이용 도중 유·사산 시 3개월 이내에 한국사회보장정보원 상담센터 1566-3232(단축4번)로 사용변경 신고(바우처는 유·사산일로부터 2년까지 사용 가능)
- 지원금 정지자는 지원금 정지일의 익일부터 카드 서비스가 정지

### 3) 이용권(국민행복카드) 부정사용 시

- 타인에게 ‘국민행복카드’를 양도하거나 매매 등으로 부정 사용이 확인될 경우  
부당 이득 환수 및 서비스 대상자 자격 박탈
- 동일한 진료 항목의 동일한 금액에 대해 타 지원금과 중복 사용한 경우, 해당  
금액 만큼 환수 및 서비스 대상자 자격 박탈
  - 국가(지자체 포함) 또는 사회공헌기금 등으로부터 의료비를 지원 받은 경우  
동일한 진료 항목의 동일한 금액에 대해서는 중복사용 불가
  - 다만, 동일 진료 항목의 의료비 본인부담금이 타지원금의 이용금액을 초과하여  
발생한 경우, 부족분에 한하여 ‘청소년산모 임신·출산 의료비 지원’으로 이용  
가능
- 이용범위에 벗어난 진료 항목에 대한 청구(모자보건법 제14조를 벗어난 범위의  
인공임신중절 등) 및 요양기관과 담합에 의한 부정 사용일 경우 해당 금액만큼  
환수 조치
- 부정 사용을 확인한 경우 시군구(보건소)는 서비스 대상자 자격 박탈 조치  
및 대상자나 기관에 부당 이득 환수예정통보서 발송 후 현금 고지 및 환수

## 4 서비스 실시

### 가. 서비스 이용절차

| 구 분       | 주 체  | 내 용                                              |
|-----------|------|--------------------------------------------------|
| 카드수령      | 임산부  | ● 본인서명 날인 후 카드 수령                                |
| 서비스 제공    | 요양기관 | ● 임산부에게 임신·출산 관련 진료 제공 등                         |
| 국민행복카드 사용 | 임산부  | ● 요양기관에서 발생한 청소년산모 임신·출산 의료비 중 본인부담금은 국민행복카드로 결제 |

### 나. 서비스 이용범위

- 임산부 및 2세미만 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비
- 입원, 외래 진료 구분 없이 결제 가능
- 임신 1회당 120만원 범위내 지원
  - \* 임산부는 서비스 사용 전에 지원금 잔액 확인 가능(전자바우처 포털 확인 및 카드사 유선 확인)



## 5 예산 집행 및 정산

### 가. 개 요

- 한국사회보장정보원에서 이용권 사용금액에 대한 비용처리 및 정산 업무 담당
- 국가바우처 운영관리시스템을 통해 예탁금 집행 현황을 관리함으로써 예탁금 관리의 투명성과 효율성 고취

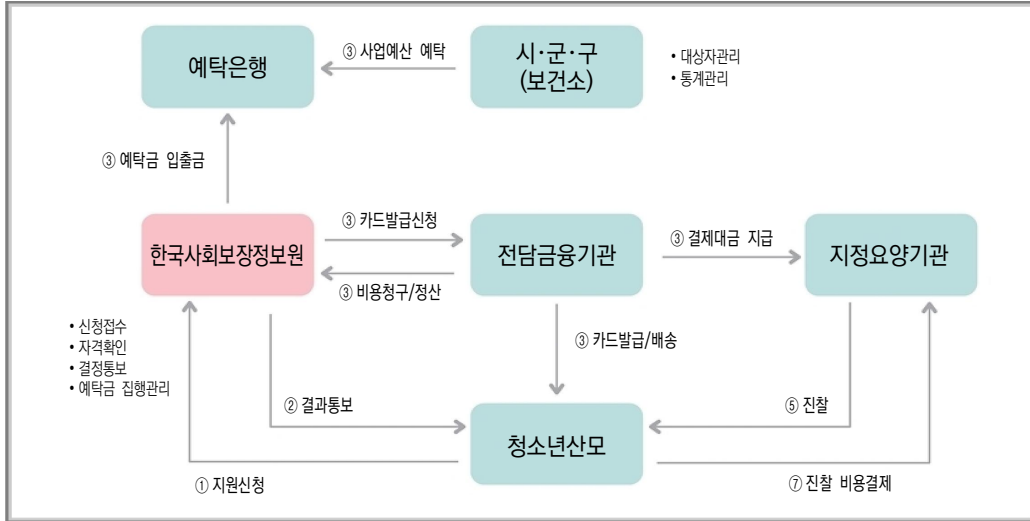
#### 【 기관별 예산집행 관련사항 】

| 주 체                 | 관 련 업 무                                                                                                                                                             |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 요양기관                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 카드 가맹점 계약</li> <li>● 청소년산모 임신·출산 의료비 청구 및 수령</li> </ul>                                                                    |
| 보건복지부<br>및 시군구(보건소) | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 사업 관리<br/>(사업 예산 예탁업무 포함)</li> <li>● 한국사회보장정보원에 업무위탁·관리 감독</li> <li>● 청소년산모 임신·출산 의료비 사후관리 등</li> </ul> |
| 전담금융기관              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 요양기관 이용권(국민행복카드) 가맹점 관리</li> <li>● 이용권(국민행복카드) 발행 및 거래내역 관리</li> <li>● 사업비 및 예탁금 정산</li> </ul>                             |
| 예탁은행                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지정 예탁계좌 관리</li> </ul>                                                                                                      |
| 한국사회보장정보원           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 예탁금 비용처리 및 정산</li> </ul>                                                                                                   |

### 나. 사업 예산

- 456백만원(국비+지방비, 지자체 보조 50%)

## 다. 추진 체계



## 라. 예산관리 및 비용정산

- 청소년산모 임신·출산 의료비 회계연도는 정부 회계연도와 동일
- 보건복지부는 시·도의 사업실적을 감안하여 분기별 예산 배정, 시·도는 관할 시·군·구(보건소)의 사업실적 등을 감안하여 사업예산 배정
- 시·군·구(보건소)는 예산집행현황 및 지원실적을 매년초 시·도에 보고하고, 시·도는 익월 15일까지 보건복지부에 보고
- 이용권(국민행복카드) 이용자가 이사간 경우 서비스 이용 카드발급 시·군·구(보건소)에서 이용기간 만료 시까지 의료비 지원
  - 이용권(국민행복카드) 발급 후 주소 변경이 있는 경우 신청 당시 주민등록상 거주지 관할 시·군·구(보건소)에서 의료비 계속 지원
- 시·군·구(보건소)는 매분기(1, 4, 7, 10월 5일까지 선납) 첫월 5일까지 보건복지부에서 안내한 시·군·구(보건소)별 계좌에 입금
- 한국사회보장정보원은 이용내역과 결제액을 비교·확인하여 예산 집행 및 운영
  - 월정산 및 분기정산 내역은 국가바우처 운영관리시스템을 통해 확인 가능

● 정산절차

| 구 분    | 주 체           | 업무 내용                                                                                                                                                                                  |
|--------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 계좌개설 | 한국사회보장<br>정보원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 청소년산모 임신·출산 의료비 입금 및 지급계좌 개설</li> <li>※ 보건소 명의 전용 가상계좌 개설<br/>(타 사업 예산 입금 금지)</li> </ul>                                                      |
| ② 입금   | 시군구<br>(보건소)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 매분기 첫월(1,4,7,10) 5일까지 반드시 전용계좌에<br/>선입금</li> <li>※ 입금 지연 시, 미수금 연체처리로 지역 내 대상자의<br/>카드사용이 모두 중단되어 민원이 발생 할 수<br/>있으므로 입금일 필히 준수 요망</li> </ul> |
| ③ 청구   | 카드사           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 전월 카드이용내역을 당월 5일까지 정보원에 청구</li> </ul>                                                                                                         |
| ④ 정산   | 한국사회보장<br>정보원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 청구된 카드이용내역과 결제액을 시군구(보건소)별로<br/>비교·확인하여 예산집행 및 운영</li> </ul>                                                                                  |
| ⑤ 내역확인 | 시군구<br>(보건소)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 국가바우처운영관리시스템을 통해 매월 지출된 의료비<br/>확인</li> </ul>                                                                                                 |

마. 비용의 예탁 및 정산

● 예탁금 수납계좌 및 지급계좌

- 한국사회보장정보원은 예탁은행에서 지정하는 지점에 청소년산모 임신·출산 의료비 지원용 자금관리를 위한 예탁금 계좌 개설
- 한국사회보장정보원은 짝수년도와 홀수년도를 구분하여 효율적인 연말정산 및 관리를 위해 2개의 모계좌 개설
  - ※ 모계좌 개설 및 변경 시 보건복지부 및 시·군·구(보건소)에 통보

● 비용 예탁

- 시·군·구(보건소)는 매분기 첫 월 5일까지 한국사회보장정보원 지정 계좌에  
입금
  - \* 한국사회보장정보원이 연1회 지정계좌를 안내하며, 전자바우처시스템 내 “예탁금관리>사업별  
예탁금계좌조회”화면에서 시·군·구별 지정계좌 확인이 가능

\* 사업비 예탁 시 예금주는 ‘지자체명 + 사업명’으로 부여 (예 : 서울종로구임신, 충북충주시임신, 제주제주시임신 등)

- 시·군·구청장은 사업비 예탁 후 전자바우처시스템 내 ‘예탁금관리>예탁금현황 조회’ 화면에서 정상 예탁 여부를 확인

#### ● 예탁금의 정산 및 결산

- 한국사회보장정보원은 예탁금 중에서 지급내역을 월 단위로 국가바우처 운영 관리 시스템을 통해 정산관리

- 정산은 카드사에서 매입(결제 및 결제취소)으로 확인한 일자를 기준으로 함  
※ (예시) 국민행복카드 결제일은 '23.12.31.이나 카드사 매입이 '24.1.2. 발생한 경우 '24년 사업 예산으로 카드사에 지급됨

※ 전년도 국민행복카드 결제건이 금년도에 취소된 경우 취소금액은 금년도 해당월 정산금액에 반영됨

- 시·군·구(보건소)는 국가바우처 운영관리시스템을 통해 해당 시·군·구 (보건소)의 예탁금 집행내역 확인 및 활용

※ 전자바우처시스템의 “매출및정산>월별정산관리/ 연도별 정산관리” 화면에서 확인 가능

#### ● 예탁금의 회계관리

- 청소년산모 임신·출산 의료비의 회계연도는 정부 회계연도와 동일
- 사업연도 종료 시 이용자별 보유 중인 바우처(지원금)를 다음 회계연도로 이월

#### ● 예탁금의 이자수입 관리 등

- 한국사회보장정보원은 예탁으로 인해 발생한 이자수입은 연말정산시 환급
- 한국사회보장정보원은 각 시·군·구(보건소)별 예탁금 사용 잔액 및 이자수입이 발생할 경우, 해당 시·군·구(보건소)가 지정한 계좌로 회계연도 종료 후 2개월 이내에 환급 처리
- 한국사회보장정보원은 예탁금 사용 잔액 및 이자수입 환급 시 10원 단위 미만은 절사 하되, 절사한 금액은 한국사회보장정보원 수입으로 처리

## 6 • 비용의 지불 정산

### 가. 청소년산모 임신·출산 의료비의 청구

- 요양기관은 서비스 제공 후 한국사회보장정보원과 연계된 전담금융기관(카드사)에 청구
  - 청구 방법 : 별도의 청구절차 없이 임신부의 임신·출산 진료비 범위 내에서 이용권 (국민행복카드)으로 단말기를 이용하여 결제
  - 청구 시점 : 이용권(국민행복카드) 결제 시점
  - 청구 대상
    - 본인부담금
    - 입원, 외래 진료행태 구분 없이 가능
    - 초음파, 양수검사 등 비급여 내역이나 건강보험 요양급여기준에 의한 급여 내역 청구 가능

### 나. 청구 및 지급 절차

① 임신부 서비스 이용 ⇒ ② 국민행복카드 결제(기존 단말기 사용) ⇒ ③ 카드매출 전표 출력 ⇒ ④ 해당 카드사(BC/롯데/삼성/KB국민/신한 카드)로 송신 ⇒ ⑤요양기관에 비용 지급(매입 후 3~4영업일 이내)

### 다. 이용권 카드이용대금 지급시기 및 본인부담금 납부방법

| 구 분   |            | 내 용                                                                                                                                                     |
|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 지급 시기 | 요양기관 (가맹점) | - 요양기관(가맹점)과 전담금융기관(BC카드, 롯데카드, 삼성카드, KB국민카드, 신한카드) 간 가맹점 계약에 따라 카드전표 매입 후 3~4영업일 내 가맹점 수수료 공제 후 지급<br>※ 가맹점 계약 시 체결내용에 따라 요양기관별로 지급시기 및 수수료율은 상이할 수 있음 |
| 납부 방법 | 임산부 (카드회원) | - 체크카드 : 가맹점에서 카드사용 승인 시 회원계좌에서 즉시 출금<br>- 전용카드 : 가맹점에서 카드사용 승인 시 별도 납부절차 없이 결제                                                                         |

## 라. 임신·출산 진료비용의 지급

- 결제시점의 자격 및 요양기관 점검
  - 전담 금융기관은 결제시점마다 대상자 자격 및 요양기관 확인 후 정상인 경우에만 결제
    - ※ 부정사용, 유산, 사망 등에 의하여 지원금 정지자로 확인된 자는 결제대상에서 제외
    - ※ 요양기관 휴·폐업, 탈퇴 등으로 국민건강보험공단에서 통보한 기관은 결제대상에서 제외
- 전담금융기관과 요양기관 간에 기 체결된 가맹점 계약에 따라 기일이내 요양기관 계좌에 입금

## 마. 업무처리 절차

| 구 분               | 주 체          | 내 용                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 임신·출산 관련 의료서비스 이용 | 임산부          | <ul style="list-style-type: none"> <li>요양기관에서 청소년산모 임신·출산 관련 의료 서비스 이용                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 입원, 외래 구분 없이 급여, 비급여 진료 가능</li> </ul> </li> </ul> |
| 청 구               | 요양기관         | <ul style="list-style-type: none"> <li>국민행복카드로 이용 단말기 결제</li> </ul>                                                                                                                           |
| 지 급               | 전담금융기관 (카드사) | <ul style="list-style-type: none"> <li>전담금융기관은 사망자 등 정보원에서 통보한 부적격자 여부 수시 확인</li> <li>요양기관에서 청구된 임신·출산 진료비 지급</li> <li>한국사회보장정보원에 지급한 금액 청구</li> </ul>                                        |
| 정 산               | 한국사회보장정보원    | <ul style="list-style-type: none"> <li>전담금융기관에서 요양기관에 지급한 금액 지급</li> </ul>                                                                                                                    |
| 지급(이용)내역 확인       | 시·군·구        | <ul style="list-style-type: none"> <li>월별 임신·출산 의료비 지급(이용) 내역을 국가 바우처운영관리시스템으로 확인 및 관리</li> </ul>                                                                                             |

#### 바. 이용내역 및 통계 관리

- 한국사회보장정보원은 전담금융기관에서 통보한 지급(이용)내역 등을 총괄하여 통계 관리
  - 매월 청소년산모 임신·출산 진료비 지급(이용)에 대하여 정산 관리
- 보건복지부 및 시·군·구(보건소)는 국가바우처운영관리시스템 정산내역을 통계 현황 등 보고 시 활용

## 7 • 개인정보 관리

### 가. 개 요

- 「청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업」 업무 수행과정에서 처리하는 자료, 정보, 민원 정보는 외부에 무단유출 시 개인의 재산과 이익을 부당하게 침해할 수 있으므로 업무용 이외에 불법이용 방지 및 사용정보가 누출되지 아니하도록 개인정보 관리 철저

### 나. 개인정보 관리

- 「청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업」과 관련하여 처리하는 정보 등은 그 목적을 제외하고는 다른 용도로 사용할 수 없음
- 개인정보의 처리를 행하는 시·군·구(보건소) 담당자 또는 한국사회보장정보원과 전담 금융기관에 종사하거나 종사하였던 자는 직무상 알게 된 개인정보를 누설 또는 권한 없이 처리하거나 타인의 이용에 제공하는 등 부당한 목적을 위하여 사용할 수 없음
- 한국사회보장정보원과 전담금융기관은 정보 등이 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 안전성 확보에 필요한 조치를 취하여야 하고, 외부 기관에 정보를 제공할 수 없음
- 홈페이지 등을 통해 임신부에게 지원금 확인 등 정보를 제공할 경우에 개인정보가 노출 또는 유출되지 않도록 본인인증 절차를 거쳐 제공
- 한국사회보장정보원과 전담 금융기관은 개인정보보호를 위하여 정기적으로 소속 직원 교육 및 점검 실시
- ‘임신헌인서’ 및 제출서류는 신청 접수일부터 3년간 보관 후 파기





## 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업 (Q&A)

### Q 1. 청소년산모 임신출산 의료비지원 대상은?

**A** 요양기관(산부인과 병·의원)에서 발급한 '임신헌인서'로 임신이 확인된 만 19세이하 산모입니다. 연령기준은 '임신헌인서'상 임신확인일 기준으로 만 19세까지 입니다. 별도 소득기준은 없으나, 신청접수 시 자격상실자 (주민등록말소자, 국외 출국자 등)는 제외 됩니다.

※ (연령산정 예시) '04.2.10. 출생한 김산모가 청소년산모 임신·출산 의료비지원을 받기 위한 임신 확인일은 언제까지인가요? <24.2.9.>

### Q 2. 신청방법 및 신청 접수처는?

**A** 구비서류(요양기관에서 받은 임신헌인서, 주민등록등본)를 준비하여 사회서비스 전자바우처 홈페이지([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr))에서 신청한 후, 구비서류(임신 확인서, 주민등록등본)를 한 국사회보장정보원에 우편으로 제출하면 됩니다. 동 구비서류 외 다른 확인서(진단서, 소견서, 산모 수첩 등)로는 신청할 수 없으며, 신청서 작성 시 반드시 본인 명의로 신청하여야 합니다.

※ 국민건강보험공단의 '임신출산 진료비 사업' 신청시 한국사회보장정보원에 신청정보와 주민등록 주소지 정보를 제공하는 것에 동의한 경우, 사회서비스 전자바우처 홈페이지 신청 및 구비서류 제출 절차 생략

#### 〈 '맘편한 임신' 통합제공 서비스를 통해 이용할 수 있는 서비스 〉

| 일괄 신청                                                                                                                       |                                                       | 개별 신청(2종)                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 전국 공통 서비스 9종                                                                                                                | 자치단체 제공서비스                                            |                                                                       |
| <b>시범 사업</b><br>① 엽산제 지원<br>② 철분제 지원<br>③ 맘편한 KTX<br>④ 산모·신생아 건강관리 지원                                                       | 임신축하용품(임신부 뱃지 등), 임신부 주차증, 산모교실, 임신부 친환경 농산물 지원(안네) 등 | ① 난임부부 시술비 지원<br>② 위기임신(마더세이프) 전문상담                                   |
| <b>전국 확대</b><br>⑤ 에너지바우처<br>⑥ 표준모자보건수첩<br>⑦ 임신·출산 진료비 지원(국민행복카드)<br>⑧ 임신·출산 진료비 지원 (의료급여수급자)<br>⑨ <b>청소년산모 임신·출산 의료비 지원</b> |                                                       | <b>서비스 안네(3종)</b><br>① 고위험 임신부 의료비 지원<br>② 여성장애인 교육 지원<br>③ 출산전후 휴가급여 |

**Q 3. 대리신청이 가능한가요?**

**A** 원칙적으로 임신부 본인이 신청해야 합니다. 다만, 고위험임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 등록 신청하기 어려운 경우에는 가족 신청도 가능

\* 청소년산모가 본인 또는 가족 휴대폰 인증 문제 등으로 온라인 신청이 불가하여 미혼모자시설, 권역별 미혼모·부자지원기관, 가까운 보건소에 신청할 경우 해당 기관에서는 본인 확인 후 제출 서류를 받아서 공문으로 한국사회보장정보원에 송부(이 경우 한국사회보장정보원에서 접수 등록 하므로 해당 기관이나 청소년산모는 온라인 접수를 하지 않음)

**Q 4. '청소년산모 임신출산 의료비 지원' 사용 가능 기간은?**

**A** 임신부 본인이 '국민행복카드'를 수령 받은 일자(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)로부터 당초 구비서류로 제출했던 '임신헌인서'에 기재된 분만예정일 +2년까지 사용 가능합니다. 사용 가능기간이 지나면 지원금잔액은 자동적으로 소멸되어 사용할 수 없게 됩니다.

**Q 5. 임신·출산과 관련된 모든 진료에 사용할 수 있나요?**

**A** 지원액 120만원 범위 내에서 임신부 및 2세미만 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비에 사용할 수 있습니다.

**Q 6. 카드 신청 후 발급에서 수령까지의 절차는 어떻게 되나요?**

**A** 접수시점은 신청자가 우편으로 송부한 구비서류를 한국사회보장정보원에서 받은 일자이며, 구비 서류가 모두 맞으면, 카드사에서 임신부가 기재한 연락처로 카드발급 상담전화를 합니다. 카드 상담을 거친 후 10일 이내에 임신부가 지정한 각 은행 영업점 방문 또는 인편으로 카드를 발송하면서 신청자 휴대폰번호로 안내 메시지를 발송합니다.  
신분증(학생증, 청소년증, 주민등록증 등), 주민등록등본을 제시하여 본인확인 과정을 거친 후 수령합니다. 단, 20일 이내에 수령하지 않으면 동 카드를 폐기할 수 있으므로 반드시 발송 안내 확인 후 20일 이내에 수령하여야 합니다.

**Q 7. '임신헌인서'는 어디서 발급 받나요?**

**A** '임신헌인서'는 병·의원에서 발급 받을 수 있습니다. '임신헌인서'상의 임신확인일은 의료 기관 의사로부터 임신확인 받은 날을 의미합니다.  
임신헌인서 양식은 사회서비스 전자바우처에서 다운로드하여 사용하시면 됩니다.

**Q 8. 1일 또는 1회 사용금액에 제한이 있습니까?**

**A** 사용금액에 대한 제한은 없습니다.

**Q 9. 임신 횟수에 따라 청소년산모 임신·출산 의료비지원 혜택에 제한이 있나요?**

**A** 임신 횟수에 따른 제한은 없으며, 1회 임신시마다 120만원 이내 지원됩니다.

**Q 10. 유산·조산 이후에도 혜택을 받을 수 있나요?**

**A** 산모와 태아의 건강증진이 목적이므로 유산, 조산 전후 발생한 비용에도 사용 가능합니다.  
임신 중 신청하는 경우 사용종료일이 분만예정일부터 2년까지, 출산(유산) 후 신청하는 경우 사용종료일은 출산(유산)일부터 2년까지입니다.

\* 사용중지 신고전화 : 한국사회보장정보원 상담센터 1566-3232(단축4번)

**Q 11. '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 '임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있나요?**

**A** 국민건강보험(또는 의료급여)에 가입된 만 19세 이하 산모는 '청소년산모 임신·출산 의료비 지원'과 '임신·출산 진료비 지원'을 동시에 받을 수 있습니다.  
동시 이용자인 경우 건강보험 임신·출산 진료비 지급금이 먼저 차감되고 그 후 청소년산모 임신·출산 의료비 지원금이 차감됩니다.

**Q 12. 출산을 한 이후에도 ‘청소년산모 임신·출산 의료비 지원’을 신청할 수 있나요?**

**A** 출산(유·사산 포함)을 한 이후라도 지원기간(출산일 또는 유·사산일부터 2년까지) 이내라면 신청이 가능하며, 제출서류(출산 또는 유·사산을 확인할 수 있는 서류, 주민등록등본, 본인 확인을 위한 신분증 사본)를 구비하여 온라인(사회서비스전자바우처 홈페이지)으로 신청하여야 합니다.

\* 온라인 신청이 불가하여 보건소에 신청할 경우 해당 보건소에서는 한국사회보장정보원으로 공문 신청 후 제출서류는 우편 송부

※ 출산 이후 ‘청소년 산모 임신·출산 의료비 지원’을 신청한 경우, 임신확인일은 분만일로부터 10개월 전일로 인정.

**Q 13. ‘국민행복카드’ 수령전이나 카드 미지참시, 사후 카드 결제를 할 수 있나요?**

**A** ‘청소년산모 임신·출산 의료비 지원’ 사용 가능일자는 카드수령일 기준 이므로 본인이 카드 수령 전에 의료비를 납부하고 차후 소급해서 카드로 결제 할 수는 없습니다.  
또한 청소년산모 임신·출산 의료비 결제는 카드 미지참시에는 지원금에 대한 혜택을 받을 수 없습니다.

**Q 14. 카드 결제 후, 취소나 변경절차는 어떻게 되나요?**

**A** 카드 결제 후 취소는 카드단말기를 통하여 취소 승인거래를 하면 됩니다. 변경 시에도 먼저 취소 승인을 하고 정당한 카드결제를 하여야 합니다. 즉, 일반카드 처리절차와 동일하며, 부분 취소는 안됩니다.

**Q 15. 카드를 훼손하거나 분실하여 이용할 수 없는 경우에는 어떻게 해야 하나요?**

**A** BC카드, 롯데카드, 삼성카드, KB국민카드, 신한카드 대표전화로 전화 신고하거나 지점을 방문하여 서면으로 신고 후 재발급 받아 사용해야 합니다.  
단, 분실 사실을 미신고하여 타인이 사용한 경우 나머지 차액만 입금하므로 분실 시에는 즉시 신고하기 바랍니다.

**Q 16. ‘청소년산모 임신·출산 의료비 지원’ 사용 가능액(잔액)을 확인할 수 있나요?**

**A** 임신부 본인의 지원금 잔액 및 사용내역 확인이 필요한 경우 사회서비스 전자바우처 홈페이지 확인 및 카드사에 유선통화 후 파악할 수 있습니다.

**Q 17. ‘국민행복카드’는 어떤 카드 인가요?**

**A** 청소년산모 임신·출산 의료비지원에 사용하는 ‘국민행복카드’는 사용자 본인 체크카드 또는 전용카드입니다. 카드 사용방법이 비정상(타인 사용 등)적일 경우 사용자의 의사와 관계없이 보건소 요청으로 즉시 사용이 중지될 수 있습니다.  
또한, 할부로 결제되지 않으며 국외지역 사용이 불가능한 국내전용 카드입니다. 카드결제 체크 계좌는 본인 계좌이며, 사용자가 부담하는 카드연회비와 수수료는 없습니다.

**Q 18. 보건소 담당자가 “국민행복카드”로 이용한 내역을 어떻게 확인할 수 있나요?**

**A** 국가바우처 운영관리시스템에서 카드별로 카드승인내역을 조회할 수 있습니다.  
※ 화면경로 : 전자바우처>매출및정산>금융카드지급내역조회

**Q 19. 분만비에는 분만 후 병실 이용료도 포함되는지?**

**A** 분만 후 의료기관에 입원한 병실 이용료도 포함합니다. 병실 이용 기간이나 1인실 또는 다인실의 제한은 없습니다.

**Q 20. 청소년산모 임신·출산의료비는 외국인에게 지원 가능한가요?**

**A** 국민건강보험(또는 의료급여)에 가입된 외국인의 경우 지원이 가능합니다.  
\* 국민건강보험(또는 의료급여) 가입 여부 확인을 위하여 추가서류(건강보험자격득실확인서등) 필수 제출

**Q 21. 영유아의 예방 접종비용으로 사용할 수 있나요?**

**A** 가능합니다. 출생일로부터 2년 이내 영유아의 경우 국가예방접종에 포함되지 않는 비급여 예방접종 시(로타바이러스 등)에도 사용 가능합니다.



(서식 제1호)

(알 쪽)

## 청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서

|              |                            |         |  |                                                                                                                                                                                                  |
|--------------|----------------------------|---------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①성명<br>(임산부) |                            | ②주민등록번호 |  | <b>카드 구분</b><br><br><input type="checkbox"/> 비씨카드 (          은행)<br><input type="checkbox"/> 롯데카드 <input type="checkbox"/> 삼성카드<br><input type="checkbox"/> KB국민카드 <input type="checkbox"/> 신한카드 |
| ③연락처         | (주택                      ) | (핸드폰)   |  |                                                                                                                                                                                                  |
| ④주 소         |                            |         |  |                                                                                                                                                                                                  |

※ **요양기관 확인란(임신헌인서)**

## 〈임신·출산〉

| 구분         |                | 날 짜 |   |   |
|------------|----------------|-----|---|---|
| 임신         | ⑤ 임신<br>확인일    | 년   | 월 | 일 |
|            | ⑥ 분만<br>예정일    | 년   | 월 | 일 |
| 출산<br>(출생) | ⑦ 출산일<br>(출생일) | 년   | 월 | 일 |

## 〈유산〉

| 구분                             | 날 짜                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|                                | 년                                                                                                                                                                                                                                           | 월 | 일 |
| <b>⑧ 유산 또는<br/>자궁 외 임신 진단일</b> | ※ ㉔ 또는 ㉕ 중 하나를 충족하는 경우 기재 가능<br>㉔ 정상적으로 임신이 진행되지 않은 경우 중 혈청 $\beta$ -hCG가 500mIU/mL 이상으로 측정된 적이 있는 경우<br>㉕ 초음파 또는 혈청 $\beta$ -hCG로 임신이 확인된 후 임신 종결을 위한 수술(개복수술, 복강경수술, 소파수술 등)<br>또는 약물치료(Methotrexate 등)를 한 경우<br><br>※ 인공임신중절수술은 산정 대상 아님 |   |   |

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함

⑨ 요양기관명(기 호): ( ) (직인)  
⑩ 담당의사(면허번호): ( ) (서명 또는 인)

위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.

⑪신청인(대리인) 성명 : \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)  
 ⑫신청인과의 관계 : \_\_\_\_\_ (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부장관 귀하

| 첨부서류     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | “신청인 제출서류” 참조 | 수수료 없음 |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| 신청인의 범위  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 수급권자 본인</li> <li>○ 민법 제779조에 따른 가족</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |        |
| 신청인 제출서류 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 수급권자(임상부) 본인 신청시 제출서류               <ul style="list-style-type: none"> <li>- “정소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 ‘임신확인서’라 한다)</li> <li>- 수급권자(임상부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본”</li> </ul> </li> <li>○ 대리인 신청시 제출서류               <ul style="list-style-type: none"> <li>- “정소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 ‘임신확인서’라 한다)</li> <li>- 수급권자(임상부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본”</li> <li>- 대리인 신분증 사본, 대리권을 확인할 수 있는 위임장(서식 제3호 참조)</li> <li>- 임상부와외의 가족관계를 입증할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서)</li> </ul> </li> </ul> |               |        |

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

(뒤 쪽)

### ⑬개인정보 수집 및 이용 동의서

#### ■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내

- 항 목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보 (카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역
- 수집·이용 목적
  - 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
  - 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
  - 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템) 연계 업무
  - 그 외 국가바우처 운영관리시스템 운영 및 관리에 관한 업무
  - 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
  - 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

#### ■ 개인정보 제3자 제공 안내

- 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
- \* 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침
- 온라인 신청 시 본인 인증을 위해 해당 통신사에 성명, 생년월일, 성별, 통신사, 휴대폰번호 제공

#### ■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)
- 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 같은 법 시행령 제8조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

#### ■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

- 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.
- 다만, 본 서식은 신청 접수일부터 2년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

#### ■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- 개인정보 처리에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

#### ■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내

- 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

### 행정정보 공동이용 동의서

- 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20    년    월    일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·한국사회보장정보원 귀하

※ 임신부가 만 14세 미만인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함  
 법정대리인 : (서명 또는 인)      연락처 :

### 청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

- ① : 성명(임산부)의 성명을 한글로 기재합니다.
- ② : 주민등록번호를 기재합니다.
- ③ : 본인명의 휴대전화가 있는 경우에 반드시 기재해야 합니다.  
휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시  
필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.
- ④ : 반드시 주민등록등본 상 주소를 작성합니다.
- ⑤ ~ ⑩ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
- ⑪ 반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.  
- 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재  
- 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재
- ⑫ 대리인이 신청한 경우에만 기재  
(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등
- ⑬ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용  
동의서'의 동의함( ○ )에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명'(대리인이 신청한 경우  
대리인 포함)란 반드시 기재 요망
- ⑭ 우편송부처 : (04933) 서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 17층, 한국사회보장정보원  
바우처사업본부 청소년산모 바우처 사업 담당자



(서식 제2호)

(앞 쪽)

| <b>청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경신고서</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|------|---|---|---|--|--|
| 신청인<br>(임산부)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ①성명   | ②주민등록번호                                                                        |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       | -      -      -      -      -      -      -      -      -      -      -      - |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| ③전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 자택 :  | 휴대전화(□ SKT □ LGU+ □ KT)<br>:                                                   |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| <b>변 경 사 항</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| 확인 구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 변경 전                                                                           |   |   |  |  | 변경 후 |   |   |   |  |  |
| 임신                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 임신헌인일 | 년                                                                              | 월 | 일 |  |  |      | 년 | 월 | 일 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 분만예정일 | 년                                                                              | 월 | 일 |  |  |      | 년 | 월 | 일 |  |  |
| 출산                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 출산일   | 년                                                                              | 월 | 일 |  |  |      | 년 | 월 | 일 |  |  |
| 유산 또는<br>자궁 외 임신 진단일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 년                                                                              | 월 | 일 |  |  |      | 년 | 월 | 일 |  |  |
| <p style="text-align: center;">위에 기록한 사항이 사실임을 확인함</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <span style="margin-top: 10px;">요양기관명(기 호):</span> <span style="margin-top: 10px;">(                  ) (직인)</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <span style="margin-top: 10px;">담당의사(면허번호):</span> <span style="margin-top: 10px;">(                  ) (서명 또는 인)</span> </div> |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| <p>위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비 신청내용을 변경 신고합니다.</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-right: 100px;"> <span style="margin-bottom: 10px;">년    월    일</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <span>⑩신청인(대리인) 성명 :</span> <span>(서명 또는 인)</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>⑪신청인과의 관계 :</span> <span>(대리인이 신청하는 경우)</span> </div>                               |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| <b>보건복지부장관 귀하</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| 구비서류 : 수진자(임산부)와의 관계를 입증할 수 있는 서류(가족이 신청한 경우에 한합니다.)<br>- 주민등록등본(또는 가족관계증명서 등)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| 비고 : 1. 변경사항 신고 시 임신헌인서를 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능합니다.<br>2. 성명 개명, 주민등록번호 정정 등 단순 인적사항만 변경된 경우는 동 지원 신청 변경 신고대상이 아닙니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |
| <b>※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                |   |   |  |  |      |   |   |   |  |  |

### ⑫개인정보 수집 및 이용 동의서

#### ■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내

- 항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보 (카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역
- 수집·이용 목적
  - 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
  - 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
  - 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템)와 연계 등 국가바우처 시스템 운영에 관한 업무
  - 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
  - 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

#### ■ 개인정보 제3자 제공 안내

- 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
  - \* 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침
- 온라인신청 시 본인인증을 위해 해당 통신사에 성명, 성별, 생년월일, 통신사, 휴대폰번호 제공

#### ■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)
- 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 같은 법 시행령 제8조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

#### ■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

- 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.  
다만, 본 서식은 신청 접수일부터 2년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

#### ■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- |                             |         |             |
|-----------------------------|---------|-------------|
| ○ 개인정보 처리에 동의하십니까?          | [ ] 동의함 | [ ] 동의하지 않음 |
| ○ 제3자 제공에 동의하십니까?           | [ ] 동의함 | [ ] 동의하지 않음 |
| ○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? | [ ] 동의함 | [ ] 동의하지 않음 |

#### ■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내

- 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

### 행정정보 공동이용 동의서

- 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의하십니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20    년    월    일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·한국사회보장정보원 귀하

※ 임신부가 만 14세 미만인 경우 반드시 법정대리인의 동의를 아래와 같이 추가적으로 필요함  
법정대리인 : (서명 또는 인)      연락처 :

## 청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

- ① : 성명(임산부)의 성명을 한글로 기재합니다.
- ② : 주민등록번호를 기재합니다.
- ③ : **본인명의 휴대전화가 있는 경우에 반드시 기재**해야 됩니다.  
**휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며**, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.
- ④ ~ ⑨ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
- ⑩ **반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.**  
 - 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재  
 - 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재
- ⑪ 대리인이 신청한 경우에만 기재  
 (작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등
- ⑫ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용 동의서'의 동의함(○)에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명'(대리인이 신청한 경우 대리인 포함)란 반드시 기재 요망
- ⑬ 우편송부처 : (04933) **서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 17층, 한국사회보장정보원**  
**바우처사업본부 청소년산모 바우처 사업 담당자**

(서식 제3호)

## 위 임 장

위임인(위임하는 사람)

성           명 :

생   년   월   일 :

주           소 :

전   화   번   호 :

대리인(위임받는 사람)

성           명 :

생   년   월   일 :

주           소 :

전   화   번   호 :

위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 청소년산모 임신·출산 의료비 서비스 신청에 관련한 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

※ 「주민등록법」 제37조제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20    년    월    일

위 임 인 :

(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



## 청소년산모(임산부) 신청 매뉴얼

### ☑ 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 바우처 신청 및 이용절차

| 단 계        | 업무주체       | 내 용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 임신확인       | 서비스신청자     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 요양기관에서 “청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서”를 발급</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 서비스 온라인 신청 | 서비스 신청자    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 전자바우처 포털(<a href="http://www.socialservice.or.kr">www.socialservice.or.kr</a>)에 접속하여 청소년산모 임신·출산의료비 사업을 선택하여 청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 국민행복카드(체크카드 또는 전용 카드) 신청                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 구비서류(임신확인서 및 주민등록등본 등)는 우편 송부</li> <li>- 우편접수처 : 한국사회보장정보원 청소년산모 바우처 업무 담당부서</li> </ul> </li> </ul> |
| 서비스 자격결정   | 한국사회보장 정보원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 신청내역 및 구비서류에 대해 접수 및 상담(전화) 후 자격 결정 및 카드신청 정보 송신</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 카드 발급      | 카드사        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 카드발급 상담(전화) 및 카드발급                         <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 카드가입신청서 및 개인정보활용동의서 유선 상담</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                              |
| 카드 수령      | 서비스 이용자    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 국민행복카드 확인 후 본인서명                         <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 카드가입신청서 별도 작성 본인 서명 필요</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
| 바우처 사용     | 서비스 이용자    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 요양기관에서 사용                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 사용범위 : 1회 임신으로 120만원 범위 내</li> <li>※ 카드 수령 후~분만예정일 + 2년까지 사용 가능</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                 |

※ 국민건강보험공단의 ‘임신출산 진료비 사업’ 신청시 한국사회보장정보원에 신청정보와 주민등록 주소지 정보를 제공하는 것에 동의한 경우, 사회서비스 전자바우처 홈페이지 신청 및 구비서류 제출 절차 생략

## 전자 바우처 포털 서비스 지원 신청

- 사회서비스 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr)에 접속하여 청소년산모 임신·출산의료비 지원 신청을 진행합니다.

### 1. 지원사업 확인

- 초기 화면 “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 이미지 또는, 사업별 소개 메뉴의 “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 선택합니다.

- ① “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 이미지를 선택합니다.

사회서비스 전자바우처

사회서비스전자바우처 사업별소개 서비스기관검색 제공기관 참여 및 평가 참여마당 신고센터 정보마당

나누는 사랑, 커지는 희망  
**청소년 산모 임신출산의료비 지원사업**  
청소년산모에게 건강한 태아의 분만과 산모의 건강관리를 위하여 진료비 일부를 지원합니다.  
상세 바로가기

문의안내  
사회서비스 콜센터(유료)  
**1566-3232**  
(※ 선택 : 4번)  
\*운영일시: 평일 09:00~18:00\*

담당기 문의  
● LG 개통센터 1899-0656  
● LG A/S센터 1577-8911  
● SK A/S센터 1599-3813

POPUP ZONE  
2021년 사회서비스품질평가  
**만족도조사**  
기간 11월22일~12월 3일

공지사항 FAQ Q&A +

· [기저귀조제분유 / 여성청소년보건위생물품 / 에너지바우처 결재증단 안내] 2021.10.20

임신출산 원천정수 영수증 발급  
전자바우처 클린센터

### Ⅲ. 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

② 또는, 사업별 소개의 “청소년산모 임신·출산의료비 지원사업” 메뉴를 선택합니다.

| 공지사항                                       | FAQ | Q&A |             |
|--------------------------------------------|-----|-----|-------------|
| • [기저귀조제분유 / 여성청소년보건위생물품 / 에너지바우처 결제중단 안내] |     |     | 2021. 10.20 |
| • [가사·간병 방문지원 / 장애인 활동지원 본인부담금 입금중단 안내]    |     |     | 2021. 10.20 |
| • [안내]건강보험 임신출산 진료비 지원제도 안내                |     |     | 2021. 09.06 |
| • [건강보험 임신·출산 진료비 지원 사업 소득세등 환천정수 중단 안내]   |     |     | 2021. 08.27 |

### ③ 청소년산모 임신·출산의료비 지원 사업 소개 내용을 확인합니다.



|            |       |         |              |      |      |      |
|------------|-------|---------|--------------|------|------|------|
| 사회서비스전자바우처 | 사업별소개 | 서비스기관검색 | 제공기관 참여 및 평가 | 참여마당 | 신고센터 | 정보마당 |
|------------|-------|---------|--------------|------|------|------|



- 장애훈련지원서비스
- 산모/신생아건강관리지원사업
- 지역사회서비스투자사업
- 가사간병방문지원사업
- 장애아동가족지원사업
- 발달장애인지원사업
- 임산출산전료배달지원제도
- 청소년산모임신출산의료비 지원사업**
- 가정가/조제분유지원사업
- 아이돌봄지원사업
- 에너지바우처사업
- 여성청소년 생리대 바우처 지원사업

사회서비스 전자바우처 주요사업을 소개합니다

사업별소개 > 청소년산모임신출산의료비 지원사업

## 청소년산모 임신출산의료비 지원사업



청소년 산모에게 건강한 태아 분만과 산모의 건강관리를 위하여 임신출산 관련 의료비 일부를 지원합니다.

#### ■ 사업목적

· 산전관리가 취약한 청소년산모에게 임신·출산 의료비를 지원함으로써 산모와 태아의 건강증진을 도모함

#### ■ 지원대상

· 임신확인서 상 임신확인일 기준 만 19세 까지 인정  
· 소득 재산 기준 없음

#### ■ 지원범위

· 임신부의 임신·출산과 관련하여 모든 의료기관(안국포함)에서 진료받은 의료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인 부담 비용  
※임산부의 약제·치료재료 구입은 2020.7.1부터 적용  
· 출생일로부터 1년 이내의 영유아가 모든 의료기관(안국포함)에서 진료받은 의료비 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입비용 중 본인 부담 비용

#### ■ 지원금액

· 임신 1회 당 120만원 범위 내  
· (유산 사산 및 출산 이후에도 신청가능)  
· 사용기간 내 미사용된 지원금은 분만에정일 1년 이후 자동 소멸

#### ■ 사용기간

· 카드 수령 후 (국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만에정일 이후 1년까지

#### ■ 사용방법

· 전국 요양기관에서 국민행복카드로 결제

#### ■ 신청방법

##### · 신청권자

· 청소년산모 본인  
· 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 본인명의 핸드폰 미소유, 고위험 임신 등 불가피한 사유로 본인이 신청하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 가능  
· 본인 또는 가족이 본인인증을 위한 휴대폰을 미소지한 경우에는 가까운 보건소에 문의

##### · 신청 접수처 : 온라인신청 (화면 하단의 '온라인신청' 클릭)

방문신청 (보건소, 미혼모자사설 등)

※ 건강보험 임신출산 진료비 지원사업 신청 시, 청소년산모 의료비도 함께 신청이 가능합니다.

단, 건강보험 임신출산 진료비를 기 신청하셨거나 건강보험 임신출산 진료비 신청대상이 아닌 경우에는

청소년산모 의료비를 개별 온라인 신청하셔야 하며, 신청 후 증명서류를 제출하셔야 합니다.

※국민건강보험공단의 '임산출산 진료비사업'신청 시, 한국사회보장정보원에 신청정보와 주민등록주소지 정보를 제공하는 것에 동의한 경우, 사회서비스전자바우처 홈페이지 신청 결과 생략

- QUICK MENU
- 바우처서비스 이용현황
- 바우처서비스 이용내역
- 본인부담금 잔액조회
- 등금변경 이력조회
- 서비스웨이 이력조회
- 본인부담금 환급내역



## 2. 서류 양식 다운로드

■ 서비스 지원에 필요한 서류 양식을 다운로드 합니다.

### 제출서류

#### - 청소년산모 본인이 신청하는 경우

- ① '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서' 1부 ([화면 하단의 '임신확인서 다운로드'](#))  
 ※ 요양기관에서 임신확인 받은 후 제출  
 ※ 청소년산모 대상자가 만 14세 미만인 경우에는 '임신확인서' 뒷면 맨 하단에 있는 '법정대리인'란에 반드시 동의 서명 후 제출
- ② 임신부의 연명 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부  
 ※ 발급일로부터 3개월 이내 제출본만 인정되므로, 가능한 최근 발급한 '주민등록등본' 제출

#### - 청소년산모의 가족이 대리 신청하는 경우

- ① '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서' 1부 ([화면 하단의 '임신확인서 다운로드'](#))
- ② 임신부의 연명 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부
- ③ '위임장' 1부 ([화면 하단의 '위임장 다운로드'](#))
- ④ 대리신청인의 신분증 사본
- ⑤ 청소년산모와의 가족 관계를 입증할 수 있는 서류 (주민등록등본, 가족관계증명서 등)

### 서류제출 우편송부처

- [04933] 서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 한국사회보장정보원 청소년산모 업무 담당자

### 신청 및 기타문의

- 한국사회보장정보원 콜센터 : 1566-3232 (4번 사회서비스 선택)
- 휴대폰인증 장애문의 (KCB 고객센터) : 02-708-1000

☞ 2021년 청소년산모 임신출산의료비 지원사업 안내 (파일저장)

[임신확인서 다운로드](#) > [반경양식 다운로드](#) > [위임장 다운로드](#) >

[온라인신청](#)

[신청내역확인](#)

① 서비스 신청을 하는 경우

- 서비스 지원을 받기 위해 “**임신헌인서**”를 다운로드한 후 양식 마지막에 있는 “작성요령”을 참고해 신청서를 작성합니다.
- 임신헌인란은 요양기관에서 발급을 받아야합니다.

[illegible]

※ 요양기관기호, 면허번호 등 관련정보 반드시 기재, 개인정보 이용 동의서에 동의 및 서명합니다.

※ 임산부가 만 14세 미만 아동인 경우 신청서식 하단에 법정대리인 동의(서명)를 별도로 구하여 제출해야 합니다.

※ 성명변경, 주민번호 정정 신청은 카드사에 별도 신청합니다.

### III. 청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업

#### ② 임신확인일, 분만예정일을 변경신청 하는 경우

- 제출한 임신확인서를 변경하기 위해서는 “**변경양식**”을 다운로드하여 양식 마지막에 있는 “**작성요령**”을 참고해서 신청서를 작성합니다.
- ‘**요양기관 확인란**’은 요양기관에서 발급받아야합니다.

| 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경신고서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                         |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| 신청인<br>(임산부)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ①성명   | ②주민등록번호                 |       |
| ③전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 자택 :  | 휴대전화(□ SKT □ LGU+ □ KT) |       |
| 변경 사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                         |       |
| 확인 구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 변경 전  | 변경 후                    |       |
| 임신                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 임신확인일 | 년 월 일                   | 년 월 일 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 분만예정일 | 년 월 일                   | 년 월 일 |
| 출산                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 출산일   | 년 월 일                   | 년 월 일 |
| 유산 또는<br>자궁 외 임신 진단일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 년 월 일 | 년 월 일                   |       |
| <p>위에 기록한 사항이 사실임을 확인함</p> <p>년 월 일</p> <p>요양기관명(기 호): ( ) (직인)</p> <p>담당의사(면허번호): ( ) (서명 또는 인)</p> <p>위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비 신청내용을 변경 신고합니다.</p> <p>년 월 일</p> <p>⑩신청인(대리인) 성명: (서명 또는 인)</p> <p>⑪신청인과의 관계: (대리인이 신청하는 경우)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                         |       |
| <p><b>보건복지부장관 귀하</b></p> <p>귀부서류: 수권자(임산부)와의 관계를 입증할 수 있는 서류(가족이 신청한 경우에 한함).</p> <p>- 주민등록증 또는 가족관계증명서 등</p> <p>비고: 1. 변경사항 신고 시 임신확인서를 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능합니다.</p> <p>2. 성명, 생년월일, 주민등록번호 등 단은 인적사항만 변경된 경우는 등거원 신청 변경 신고대상이 아닙니다.</p> <p>※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                         |       |
| <p><b>⑫개인정보 수집 및 이용 동의서</b></p> <p>■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내</p> <p>○ 항목: 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보(카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역</p> <p>○ 수집·이용 목적</p> <p>- 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무</p> <p>- 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용내역 정산 등에 관한 업무</p> <p>- 보육료 소관 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템) 연계 업무</p> <p>- 그 외 국가하부처 운영관리시스템 운영 및 관리에 관한 업무</p> <p>- 원료·요약 결제, 대장자 자격확인 조사 등 이용권 직접결제 관리에 관한 업무</p> <p>- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등</p> <p>■ 개인정보 제3자 제공 안내</p> <p>○ 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화 등 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공</p> <p>* 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드공통, 배송지 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침</p> <p>○ 온라인 신청 시 본인 인증을 위해 해당 통신사에 성명, 생년월일, 성별, 통신사, 휴대전화번호 제공</p> <p>■ 개인정보 및 고유식별정보(민감정보 포함) 처리 근거 안내</p> <p>○ 고유식별정보 및 민감정보: 주민등록번호, 임신출산정보 (신장자에 제한 정보)</p> <p>○ 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제32조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.</p> <p>■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내</p> <p>○ 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.</p> <p>다만, 본 서비스 신청 접수일부터 1년간 보관 후 폐기함을 고지합니다.</p> <p>■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의</p> <p>○ 개인정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음</p> <p>○ 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음</p> <p>○ 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음</p> <p>■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내</p> <p>○ 위 내용은 청소년 산모, 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모, 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.</p> |       |                         |       |
| <p><b>행정정보 공동이용 동의서</b></p> <p>○ 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위해 담당공무원이 확인하는 것에 동의하십니까?</p> <p>[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                         |       |
| <p>위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.</p> <p>20 년 월 일</p> <p>신청인(대리인): (서명 또는 인)</p> <p>신청인과의 관계: (대리인이 신청하는 경우)</p> <p><b>보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·사회복지장정보원 귀하</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                         |       |
| <p>※ 임신부가 만 14세 미만인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함</p> <p>법정대리인: (서명 또는 인) 연락처:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                         |       |

※ 요양기관기호, 면허번호 등 관련정보 반드시 기재, 개인정보 이용 동의서에 동의 및 서명합니다.

※ 임신부가 만 14세 미만인 경우 신청서식 하단에 법정대리인 동의(서명)를 별도로 구하여 제출해야 합니다.

※ 성명변경, 주민번호 정정 신청은 카드사에 별도 신청합니다.

③ 대리신청 하는 경우

- 대리 신청이 필요한 경우 “위임장 다운로드”를 하여 위임인 및 대리인 정보를 작성합니다.
  - ※ 임신부 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 신청하기 어려운 경우 위임장을 가지고 가족이 대리 신청을 할 수 있습니다.
  - ※ 가족 대리 신청의 경우 반드시 **대리인 신분증 사본**과 위임인 간의 관계를 입증할 수 있는 서류 (**주민등록등본, 가족관계증명서** 등)를 추가 제출해야 합니다.

(서식 제3호)

위 임 장

위임인(위임하는 사람)

성 명 :

생년월일 :

주 소 :

전화번호 :

대리인(위임받는 사람)

성 명 :

생년월일 :

주 소 :

전화번호 :

위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 청소년산모 임신·출산 의료비 서비스 신청에 관련한 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

\* 「주민등록법」 제37조제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20    년    월    일

위임인 :

(서명 또는 인)

### 3. 서비스 지원 신청

■ 서비스 온라인 신청은 **개인정보 활용 동의** > **신청확인** > **지원신청** > **신청완료** 단계로 신청을 합니다.

① “온라인신청” 버튼을 눌러 신청을 진행합니다.

■ **사용기간**

· 카드 수령 후 (국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만에정일 이후 1년까지

■ **사용방법**

· 전국 요양기관에서 국민행복카드로 결제

■ **신청방법**

· **신청권자**

· 청소년산모 본인

· 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 본인명의 핸드폰 미소유, 고위험 임신 등 불가피한 사유로

본인이 신청하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 가능

· 본인 또는 가족이 본인인증을 위한 휴대폰을 미소지한 경우에는 가까운 보건소에 문의

· **신청 접수처** : 온라인신청 (화면 하단의 '온라인신청' 클릭)

방문신청 (보건소, 마흔모자시설 등)

※ 건강보험 임신출산 진료비 지원사업 신청 시, 청소년산모 의료비도 함께 신청이 가능합니다.

단, 건강보험 임신출산 진료비를 기 신청하셨거나 건강보험 임신출산 진료비 신청대상이 아닌 경우에는 청소년산모 의료비를 개별 온라인 신청하셔야 하며, 신청 후 증빙서류를 제출하셔야 합니다.

※국민건강보험공단의 '임산출산 진료비사업'신청 시, 한국사회보장정보원에 신청정보와 주민등록주소지 정보를 제공하는 것에 동의한 경우, 사회서비스전자바우처 홈페이지 신청 결과 생략

· **제출서류**

- **청소년산모 본인이 신청하는 경우**

① '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서' 1부 (화면 하단의 '임신험인서 다운로드')

※ **요양기관에서 임신확인 받은 후 제출**

※ 청소년산모 대상자가 만 14세 미만인 경우에는 '임신험인서' 뒷면 면 하단에 있는 "법정대리인"란에 반드시 동의 서명 후 제출

② 임신부의 연명 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부

※ 발급일로부터 3개월 이내 제출본만 인정되므로, 가능한 최근 발급한 '주민등록등본' 제출

- **청소년산모의 가족이 대리 신청하는 경우**

① '청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서' 1부 (화면 하단의 '임신험인서 다운로드')

② 임신부의 연명 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 '주민등록등본' 1부

③ '위임장' 1부 (화면 하단의 '위임장 다운로드')

④ 대리신청인의 신분증 사본

⑤ 청소년산모와의 가족 관계를 입증할 수 있는 서류 (주민등록등본, 가족관계증명서 등)

· **서류제출 우편송부처**

· [04933] 서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 한국사회보장정보원 청소년산모 업무 담당자

· **신청 및 기타문의**

· 한국사회보장정보원 콜센터 : 1566-3232 (4번 사회서비스 선택)

· 휴대폰인증 장애문의(KCB 고객센터) : 02-708-1000

☞ 2021년 청소년산모 임신출산의료비 지원사업 안내 (파일저장)

임신험인서다운로드 > 변경명식다운로드 > 위임장다운로드 >

온라인신청

신청내역확인

② 개인정보 활용 동의 등에 대한 동의

- ‘개인정보 활용에 대한 안내’ 및 ‘온라인신청 서비스 정책에 대한 안내’를 확인하여 동의한 후, “확인” 버튼을 누릅니다.

## 청소년산모 임신출산의료비 지원신청

☛ > 청소년산모임신출산의료비 > 지원신청

아래 개인정보 활용 및 온라인신청 서비스 정책에 대한 안내를 읽어보신후에 동의해 주세요.



STEP 01  
개인정보활용 동의



STEP 02  
신청확인



STEP 03  
지원신청



STEP 04  
신청완료

### > 개인정보 활용 동의

사회서비스 전자바우처 포털은 「개인정보보호법」을 준수하며, 개인정보 활용에 대한 고지를 통하여 국민 여러분께서 입력하시는 소중한 개인정보의 용도와 활용 방식, 개인정보보호를 위한 조치내용을 사전에 안내하고자 합니다.

#### 1. 개인정보 수집 및 정보관리 안내

- 사회서비스 전자바우처 포털에서는 신청인의 동의하에 청소년산모 임신출산의료비 신청을 위해서 아래와 같은 개인정보를 필수적으로 수집합니다.

① 신청인정보 : 성명, 휴대전화번호(본인인증용), 수혜자와관계

② 수혜자정보 : 성명, 생년월일, 주소, 주민등록상 주소

③ 카드신청정보 : 카드발급구분, 카드사

\*카드발급구분을 “기존 국민행복카드” 선택 시 카드사 정보는 불필요

☒ 동의함

☐ 동의하지 않음

### > 온라인신청 서비스 정책에 대한 동의

1. 온라인신청 서비스는 방문신청의 불편함을 해소하기 위해 마련된 대체수단이며, 경우에 따라 서비스 개선을 위한 시스템 작업 및 타 기관과의 연계 상황으로 인해 온라인 신청서 작성 또는 제출이 용이하지 않을 수도 있습니다.

2. 이용자는 “사회서비스 전자바우처 포털”에서 온라인신청 서비스 정책에 대해 동의를 거부할 권리가 있으며 동의 거부 시에는 온라인신청 서비스가 제한됩니다.

☒ 동의함

☐ 동의하지 않음

확인

### ③ 신청 확인(본인 인증)

- 수혜자의 이름과 수혜자의 생년월일을 입력하여 확인 후, 신청자가 수혜자 본인인 경우, 본인의 휴대폰 번호로 인증을 수행합니다.
- ※ 임신부 본인이 인정하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 인증하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 및 인증 가능합니다.
- ※ 수혜자는 청소년산모 임신출산의료비 서비스 지원대상자입니다.

□ 수혜자 신청정보 \*표시는 필수 입력 항목입니다.

|             |                 |    |
|-------------|-----------------|----|
| 수혜자명 *      |                 |    |
| 수혜자 생년월일 *  | (예시:YYYY-MM-DD) |    |
| 수혜자 임신확인일 * | (예시:YYYY-MM-DD) | 확인 |

- ! 청소년산모 임신출산 의료비지원 신청은 원칙적으로 본인이 직접 신청해야 합니다.
- ! 청소년산모 임신출산 의료비를 지원 받으실 분(수혜자)의 성명과 생년월일을 입력해 주세요.
- ! 수혜자는 만 19세 이하(임신확인일 기준) 청소년산모인 경우에만 해당됩니다.
- ! 임신확인서 상 임신확인일과 입력하신 정보가 다른 경우 발생하는 불이익에 대해 책임지지 않습니다.

□ 신청인 휴대폰인증

|          |           |
|----------|-----------|
| 휴대폰인증 확인 | 휴대폰 인증 요청 |
|----------|-----------|

- ! 휴대폰인증은 신청자 본인 여부를 확인하는 절차입니다.
- ! 수혜자 본인명의 휴대폰이 없거나 고위험 임신 등 불가피한 사유로 수혜자 핸드폰으로 인증이 불가능한 경우 가족이 대리 신청 가능합니다.
- ! 가족의 핸드폰으로 본인인증 하신 경우, 추가서류를 제출해 주셔야 합니다.  
\* 추가서류: 위임장 대리인 신분증 사본 가족관계 입증 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)
- ! 가족이 대리신청 할 수 없을 경우(본인 또는 가족이 휴대폰인증을 할 수 없는 경우)준비서류를 지참하여 가까운 보건소, 미혼모자사설, 미혼모부자지원기관을 방문하시면 신청 가능합니다.  
\* 준비서류: 청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서, 주민등록등본, 신분증(청소년증, 학생증) 사본

□ 전화상담안내

- \* (서비스 신청관련 문의) 한국사회보장정보원 1566-3232 (4번 선택)
- \* (휴대폰인증 장애 문의) KCB 고객센터 02-708-1000
- \* (카드발급 문의) · BC카드 1899-4651 · 롯데카드 1899-4282 · 삼성카드 1566-3336 · 신한카드(1544-8868) · KB국민카드(1599-7900)

[임산확인서다운로드 >](#) [위임장다운로드 >](#)



#### ④ 신청정보 입력(지원신청)

- 수혜자의 휴대폰번호, 주민등록상 주소, 수혜자와 신청자의 관계, 수혜자의 카드발급 구분, 카드사를 입력합니다.
- ※ 전담금융기관의 카드발급 상담전화를 위해 전화번호 기재 필수(휴대전화 기재 필수)입니다.
- ※ 카드발급은 신규 또는 기존 국민행복카드로 신청이 가능하며, 기존 카드일 경우에는 기존에 발급된 카드사에서 카드 사용이 가능합니다.
- 신청정보를 확인하고 “신청” 버튼을 누릅니다.

STEP 01

개인정보 수집 및 활용동의

STEP 02

신청확인

STEP 03

지원신청

STEP 04

신청완료

지원신청

\*표시는 필수 입력 항목입니다.

수혜자 정보

이름

생년월일

선택

-

휴대전화 \*

010

-

주민등록상 주소 \*

우편번호 검색

신청자 정보

이름

휴대전화

수혜자와의 관계 \*

본인

카드 정보

발급구분 \*

☒

신규발급 신청

☐

기존 국민행복카드 사용

카드사 선택 \*

선택

\*신규발급을 희망하는 카드사를 선택해 주시면, 해당 카드사에서 수혜자 핸드폰으로 카드발급 안내 문자를 드립니다.

전화상담안내

(서비스 신청관련 문의) 한국사회보장정보원 1566-3232 (4번 선택)

(휴대폰인증 장애 문의) KCB 고객센터 02-708-1000

(카드발급 문의) · BC카드 1899-4651 · 롯데카드 1899-4282 · 삼성카드 1566-3336 · 신한카드 (1544-8868)

· KB국민카드 (1599-7900)

임신확인서 다운로드

위임장 다운로드

신청

다시작성



⑤ 신청 완료

- 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청이 완료되었음을 확인하고 임신확인서 등 관련 구비서류를 제출기한까지 우편 송부합니다.



청소년산모 임신출산의료비 지원  
신청이 완료되었습니다.

신청서류를 우편으로 제출해 주시면  
접수가 완료 됩니다.

신청서류 제출기한 :

| 제출서류 안내          |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 본인 신청시<br>제출서류   | ① 청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서(원본) 1부<br>② 주민등록등본(원본) 1부<br>* 주민등록등본은 발급일로부터 3개월 이내만 인정 (주민등록번호 표시 필수)                                                                                             |
| 대리 신청시<br>추가제출서류 | ① 청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서(원본) 1부<br>② 주민등록등본(원본) 1부<br>* 주민등록등본은 발급일로부터 3개월 이내만 인정 (주민등록번호 표시 필수)<br>③ 위임장 원본 (하단 '위임장 다운로드' 후, 사용)<br>④ 대리인 신분증 사본<br>⑤ 가족관계 확인 가능 서류 원본 (주민등록등본, 가족관계증명서 등) |

- \* 서류를 제출한 경우에만 접수완료 처리되며, 접수처리 이전까지 신청정보 수정가능  
(접수가 완료된 이후에는 신청정보 수정불가)
- \*\* 청소년산모 임신출산의료비는 자격승인 후, 국민행복카드 발급일부터 사용이 가능합니다.

**우편제출주소**

○ [04933] 서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 한국사회보장정보원 청소년산모 업무 담당자

\* 우편배송 중 분실 또는 개인정보 유출방지를 위해 등기발송을 권장합니다.

**국민행복카드(청소년산모 임신·출산의료비) 이용권 부정사용시 환수 및 자격박탈**

○ 타인에게 '국민행복카드'를 양도하거나 매매 등으로 부정사용이 확인 될 경우 부당 이득 환수 및 서비스 대상자 자격 박탈

○ 이용범위에 벗어난 진료항목에 대한 청구(불법 인공임신중절 등) 및 요양기관과 당합에 의한 부정사용일 경우 해당 금액만큼 환수 조치

- 문의처**
- (서비스신청관련 문의) 한국사회보장정보원 1566-3232(4번 선택)
  - (카드발급 문의) BC카드 1899-4651 롯데카드 1899-4282 삼성카드 1566-3336 신한카드(1544-8868) KB국민카드(1599-7900)

[임신확인서다운로드 >](#) [위임장다운로드 >](#)

※ 온라인신청 이후 절차

- 한국사회보장정보원 : 구비서류 접수 확인 후 대상자 자격 결정
- 금융기관(카드사) : 카드발급관련 상담 및 안내
- 서비스 이용자 : 카드수령 후 서비스 이용

#### 4. 서비스 신청내역 변경

■ 서비스 신청내역을 ‘변경’ 또는 ‘재신청’하는 경우 **신청내역확인 > 본인인증 > 변경정보 입력 > 신청완료** 단계로 진행합니다.

① “신청내역확인” 버튼을 눌러 서비스 신청 내역 변경을 진행합니다.

■ 제출서류

- 청소년산모 본인이 신청하는 경우

① ‘청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서’ 1부 ([화면 하단의 '임신험인서 다운로드'](#))

※ 요양기관에서 임신확인 받은 후 제출

※ 청소년산모 대상자가 만 14세 미만인 경우에는 ‘임신험인서’ 뒷면 맨 하단에 있는 “법정대리인”란에 반드시 동의 서명 후 제출

② 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 ‘주민등록등본’ 1부

※ 발급일로부터 3개월 이내 제출본만 인정되므로, 가능한 최근 발급한 ‘주민등록등본’ 제출

- 청소년산모의 가족이 대리 신청하는 경우

① ‘청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신 확인서’ 1부 ([화면 하단의 '임신험인서 다운로드'](#))

② 임신부의 연령 및 현재 거주지를 파악 할 수 있는 ‘주민등록등본’ 1부

③ ‘위임장’ 1부 ([화면 하단의 '위임장 다운로드'](#))

④ 대리신청인의 신분증 사본

⑤ 청소년산모와의 가족 관계를 입증할 수 있는 서류 (주민등록등본, 가족관계증명서 등)

■ 서류제출 우편송부처

- [04933] 서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 한국사회보장정보원 청소년산모 업무 담당자

■ 신청 및 기타문의

- 한국사회보장정보원 콜센터 : 1566-3232 (4번 사회서비스 선택)

- 휴대폰인증 장애문의 (KCB 고객센터) : 02-708-1000

☞ 2021년 청소년산모 임신출산의료비 지원사업 안내 (파일저장)

[임신험인서다운로드 >](#)

[변경양식다운로드 >](#)

[위임장다운로드 >](#)

온라인신청

**신청내역확인**

※ 개인정보 활용 동의 없이 신청확인(본인인증)화면으로 이동 합니다.

② 신청 내역 확인을 위한 휴대폰 인증

- 수혜자의 이름과 수혜자의 생년월일, 임신확인일을 입력하여 확인 후, 신청자가 수혜자 본인인 경우, 본인의 휴대폰 번호로 인증을 수행합니다.
- ※ 임신부 본인이 인정하는 것을 원칙으로 하되, 고위험 임신 등의 사유로 불가피하게 본인이 인증하기 어려운 경우에는 가족이 대리 신청 및 인증 가능합니다.
- ※ 수혜자는 청소년산모 임신출산의료비 서비스 지원대상자입니다.

수혜자 신청정보 \*표시는 필수 입력 항목입니다.

|             |                 |                                   |
|-------------|-----------------|-----------------------------------|
| 수혜자명 *      |                 |                                   |
| 수혜자 생년월일 *  | (예시:YYYY-MM-DD) |                                   |
| 수혜자 임신확인일 * | (예시:YYYY-MM-DD) | <input type="button" value="확인"/> |

- ! 청소년산모 임신출산 의료비지원 신청은 **원칙적으로 본인이 직접 신청**해야 합니다.
- ! 청소년산모 임신출산 의료비를 지원 받으실 분(수혜자)의 **성명**과 **생년월일**을 입력해 주세요.
- ! 수혜자는 **만 19세 이하** (임신확인일 기준) **청소년산모인 경우에만** 해당됩니다.
- ! 임신확인서 상 임신확인일과 입력하신 정보가 다른 경우 발생하는 불이익에 대해 책임지지 않습니다.

신청인 휴대폰인증

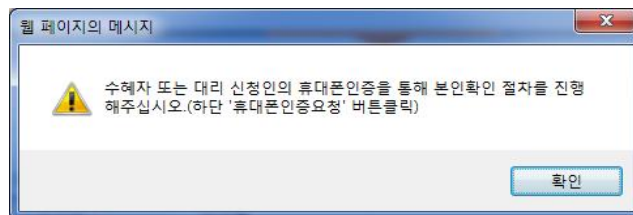
|          |                                          |
|----------|------------------------------------------|
| 휴대폰인증 확인 | <input type="button" value="휴대폰 인증 요청"/> |
|----------|------------------------------------------|

- ! 휴대폰인증은 **신청자 본인 여부**를 확인하는 절차입니다.
- ! 수혜자 본인명의 휴대폰이 없거나 고위험 임신 등 불가피한 사유로 **수혜자 핸드폰으로 인증이 불가능한 경우 가족이 대리 신청** 가능합니다.
- ! **가족의 핸드폰으로 본인인증 하신 경우, 추가서류를 제출**해 주셔야 합니다.  
\* 추가서류: 위임장, 대리인 신분증 사본, 가족관계 입증 서류(주민등록등본, 가족관계증명서 등)
- ! **가족이 대리신청 할 수 없을 경우**(본인 또는 가족이 휴대폰인증을 할 수 없는 경우)준비서류를 지참하여 가까운 보건소, 미혼모자사설, 미혼모부자지원기관을 방문하시면 신청 가능합니다.  
\* 준비서류: 청소년산모 임신출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서, 주민등록등본, 신분증(청소년증, 학생증) 사본

전화상담안내

- (서비스 신청관련 문의) 한국사회보장정보원 1566-3232 (4번 선택)
- (휴대폰인증 장애 문의) KCB 고객센터 02-708-1000
- (카드발급 문의) · BC카드 1899-4651 · 롯데카드 1899-4282 · 삼성카드 1566-3336 · 신한카드 (1544-8868) · KB국민카드 (1599-7900)

[임신확인서다운로드 >](#) [위임장다운로드 >](#)



### ③ 신청정보 입력 수정완료

- 처리상태가 “신청완료” 임을 확인 후 변경할 정보를 입력합니다.
  - ※ 처리상태가 접수, 승인, 거절인 경우 수정 및 신청취소는 처리 불가 합니다.
  - ※ 전담금융기관의 카드발급 상담전화를 위해 전화번호 기재 필수(휴대전화 기재 필수) 입니다.
  - ※ 카드발급은 신규 또는 기존 국민행복카드로 신청이 가능하며, 기존 카드일 경우에는 기존에 발급된 카드사에서 카드 사용이 가능합니다.
- 신청정보를 확인하고 “수정” 버튼을 눌러 완료합니다.

■ 신청정보
\*표시는 필수 입력 항목입니다.

|       |            |                                                                             |        |                   |
|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 신청 정보 | 신청일자       | 2016년 10월 26일                                                               | 신청접수번호 | SS00000000010042  |
| 처리 정보 | 처리상태       | 신청완료                                                                        |        |                   |
| 수혜자   | 이름         |                                                                             | 생년월일   | 1999년 01월 01일     |
|       | 집전화        | 선택 - -                                                                      | 휴대전화   | 010 - -           |
|       | 주민등록상 주소 * | 우편번호 검색                                                                     |        |                   |
| 신청자   | 이름         |                                                                             | 휴대전화   | 010 - 6366 - 7355 |
|       | 수혜자와의 관계 * | 본인                                                                          |        |                   |
| 카드 정보 | 발급구분 *     | <input type="radio"/> 신규발급신청 <input checked="" type="radio"/> 기존 국민행복카드로 신청 |        |                   |
|       | 카드사 선택 *   | *기존 국민행복카드 소지자는 사용중인 국민행복카드사를 선택해 주시면, 해당 카드로 포인트를 지출해 드립니다.                |        |                   |

■ 전화상담안내

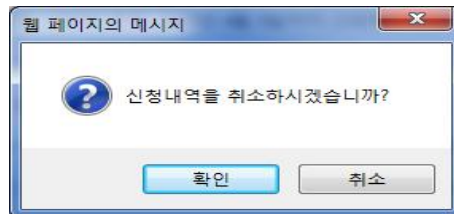
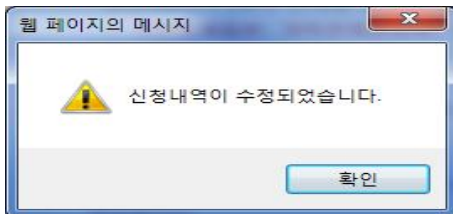
- (서비스 신청관련 문의) 한국사회보장정보원 1566-3232 (4번 선택)
- (휴대폰인증 장애 문의) KCB 고객센터 02-708-1000
- (카드발급 문의) · BC카드 1899-4651 · 롯데카드 1899-4282 · 삼성카드 1566-3336 · 신한카드(1544-8868) · KB국민카드(1599-7900)

[임신확인서 다운로드 >](#)
[위임장 다운로드 >](#)

[수정](#)
[신청취소](#)

※ 수정시 알림창

※ 신청취소시 알림창





## 서비스 이용자 포털 이용 매뉴얼

### 전자 바우처 포털 서비스 내역 확인

- 사회서비스 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr) 접속하여 청소년 산모 임신·출산의료비 서비스 내역을 확인합니다.

#### 1. 회원가입

- 서비스 내역 확인을 위해 “회원가입”을 진행합니다.

##### ① 회원가입

- 초기 화면에서 “회원가입”을 선택합니다.

시각장애인용 업무시스템 로그인 **회원가입** 사이트맵 화면크기 + -

 사회서비스 전자바우처

로그인

---

사회서비스전자바우처   사업별소개   서비스기관검색   제공기관 참여 및 평가   참여마당   신고센터   정보마당

나누는 사랑, 커지는 희망  
**산모·신생아 건강관리  
지원사업**

산모의 식사준비와 건강관리, 신생아 목욕, 청소 및 세탁 등 사후관리를 담당합니다.

상세 바로가기

문의안내

사회서비스 콜센터(유료)  
**1566-3232**  
(※ 선택 : 4번)

•운영일시: 평일 09:00~18:00•

담당기  
문의

- ▶ LG 개통센터 1899-0656
- ▶ LG A/S센터 1577-8911
- ▶ SK A/S센터 1599-3813

QUICK  
MENU

 바우처서비스  
이용현황

 바우처서비스  
이용내역

 본인부담금  
잔액조회

 등급변경  
이력조회

  
제공기관  
검색

  
판매점  
검색

  
결제가능  
스마트폰

  
지역자문기관  
커뮤니티

  
HelpCom  
원격지원시스템

POPUP ZONE

사회서비스전자바우처  
**“스마트폰 사용 결재 방법 안내”**

1. 스마트폰 결제 방법 상세 안내  
2. 전자바우처 결제금 납부 및 기금 납입 방법  
3. 거주지역별 서비스 이용 가능 지역  
4. 시스템 점검 및 가동 중단 안내

## ② 서비스 이용자 선택

- 회원가입 유형에서 서비스 이용자를 선택합니다.

※ 바우처 서비스 자격이 있는 대상자에 한해 회원가입 가능

**사회서비스 전자바우처**

회원가입

회원정보

ID / PW찾기

로그인

로그인(시각장애이용시스템)

간편 로그인

**회원가입**

아래의 회원가입 유형을 선택해주세요.

▶ 포털회원가입

**서비스 이용자**

14세미만 > 14세이상 >

**국내 외국인 회원**

한국에 거주 외국인

가입하기 >

**서비스 제공인력**

가입하기 >

QUICK MENU

바우처서비스 이용관할

바우처서비스 이용내역

본인부담금 잔액조회

등급변경 이력조회

③ 약관 동의

- “개인정보 수집 및 이용에 대한 안내”를 확인하고 “동의함”을 체크하고 다음 단계로 넘어갑니다.

## 청소년산모 임신출산의료비 지원신청

☛ > 청소년산모임신출산의료비 > 지원신청

아래 개인정보 활용 및 온라인신청 서비스 정책에 대한 안내를 읽어보신후에 동의해 주세요.



STEP 01  
개인정보활용 동의



STEP 02  
신청확인



STEP 03  
지원신청



STEP 04  
신청완료

> 개인정보 활용 동의

사회서비스 전자바우처 포털은 「개인정보보호법」을 준수하며, 개인정보 활용에 대한 고지를 통하여 국민 여러분께서 입력하시는 소중한 개인정보의 용도와 활용 방식, 개인정보보호를 위한 조치내용을 사전에 안내하고자 합니다.

1. 개인정보 수집 및 정보관리 안내

- 사회서비스 전자바우처 포털에서는 신청인의 동의하에 청소년산모 임신출산의료비 신청을 위해서 아래와 같은 개인정보를 필수적으로 수집합니다.

① 신청인정보 : 성명, 휴대폰번호(본인인증용), 수혜자와관계

② 수혜자정보 : 성명, 생년월일, 주소, 주민등록상 주소

③ 카드신청정보 : 카드발급구분, 카드사

\*카드발급구분을 “기존 국민행복카드” 선택 시 카드사 정보는 불필요

☒ 동의함

☐ 동의하지 않음

> 온라인신청 서비스 정책에 대한 동의

1. 온라인신청 서비스는 방문신청의 불편함을 해소하기 위해 마련된 대체수단이며, 경우에 따라 서비스 개선을 위한 시스템 작업 및 타 기관과의 연계 상황으로 인해 온라인 신청서 작성 또는 제출이 용이하지 않을 수도 있습니다.

2. 이용자는 “사회서비스 전자바우처 포털”에서 온라인신청 서비스 정책에 대해 동의를 거부할 권리가 있으며 동의 거부 시에는 온라인신청 서비스가 제한됩니다.

☒ 동의함

☐ 동의하지 않음

확인

#### ④ 본인확인

- 성명과 주민등록번호를 입력하고 “본인확인”을 누릅니다.

#### 본인확인

☞ > 회원서비스 > 본인확인

STEP 01 약관동의

STEP 02 본인확인

STEP 03 기본정보입력

STEP 04 가입완료

본인확인

이름

주민등록번호

본인확인

회원이입 하시는 분의 정확한 성명과 주민등록번호를 입력해 주세요.

포탈 회원가입은 시스템에 등록된 서비스 이용자, 서비스 제공인력만 가능합니다.

입력하신 정보는 서비스 이용자, 서비스 제공인력 확인을 위한 과정이며, 해당 정보는 저장되지 않습니다.

#### ⑤ 기본정보입력

- 아이디와 비밀번호, 이메일주소, 휴대폰, 전화번호, 관심정보를 입력 후 “회원가입” 버튼을 누릅니다.

#### 회원가입

☞ > 회원서비스 > 회원가입

입력하신 정보는 회원님의 동의 없이 공개되지 않으며, 개인정보보호정책에 의해 보호를 받습니다.

STEP 01 약관동의

STEP 02 본인확인

STEP 03 기본정보입력

STEP 04 가입완료

국내 개인 회원

\*표시는 필수 입력 항목입니다.

아이디

중복검사

아이디는 6자에서 10까지 입력가능합니다.

비밀번호

\*10-12자 영문자, 숫자, 특수문자 중 2종류 이상 혼합구성하여 주시기 바랍니다.

비밀번호 확인

\*10-12자 영문자, 숫자, 특수문자 중 2종류 이상 혼합구성하여 주시기 바랍니다.

이름

생년월일

이메일주소

@

비밀번호 찾기 시 등록된 이메일로 임시비밀번호가 발송되므로 자주 사용하시는 이메일을 등록하여 주시기 바랍니다.

휴대폰

휴대폰 번호 입력 시 아이디 찾기 정보로 활용 가능합니다.

전화번호

전화 번호 입력 시 아이디 찾기 정보로 활용 가능합니다.

\* 관심정보(서비스기관 맞춤 검색 시 관심정보 제공)

관심지역

서울특별시

강동구

관심서비스

전체

노인돌봄종합서비스

산모신생아건강관리사

발달재활서비스

치매환자가족육가지원

지역사회서비스투자

언어발달지원서비스

장애인활동지원

가사간병방문관리사

발달장애인부모상담서비스

회원가입

다시작성



## ⑥ 회원가입 완료

- 회원가입이 완료되었음을 확인한 후 “로그인 바로가기” 버튼을 눌러 로그인 화면으로 이동합니다.

### 회원가입

☞ > 회원서비스 > 회원가입

회원가입이 완료되었습니다.



STEP 01  
약관동의



STEP 02  
본인확인



STEP 03  
기본정보입력



STEP 04  
가입완료



### 회원가입이 완료되었습니다.

사회서비스 전자바우처 홈페이지 회원가입을 진심으로 환영합니다.

회원님이 정보는 로그인후 마이페이지에서 확인하실 수 있습니다.

바우처 관련 다양한 서비스는 마이페이지에서 편리하게 이용하세요.

로그인 바로가기

## ⑦ 로그인

- 아이디와 비밀번호를 입력한 후, “로그인” 버튼을 누릅니다.

### 로그인

☞ > 회원서비스 > 로그인

로그인하시면 사회서비스 전자바우처의 다양한 서비스를 이용하실 수 있습니다.

공인인증서 로그인

로그인

아이핀G-PIN)인증

#### 웹회원 로그인



아이디

패스워드

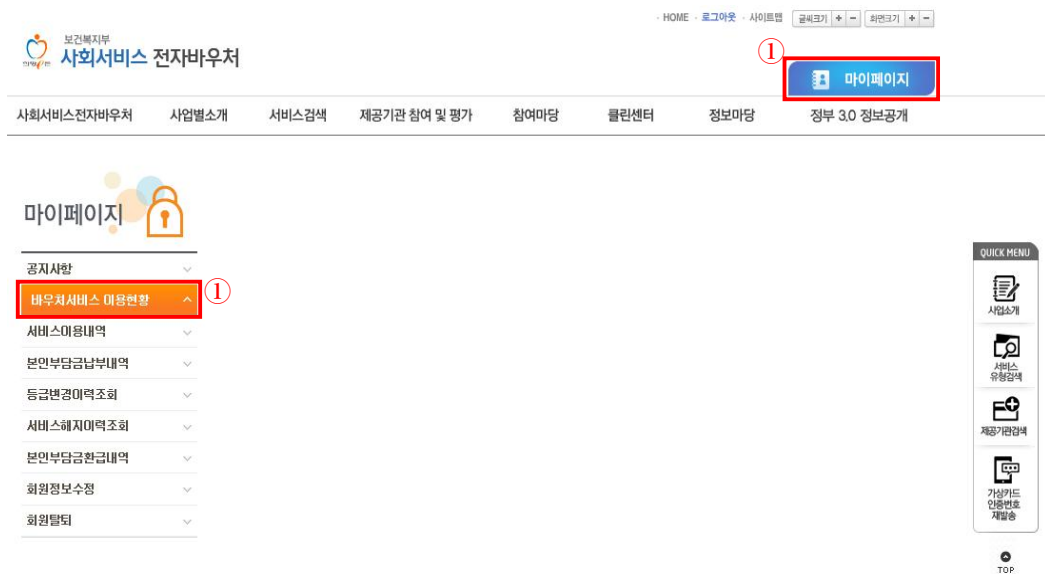

로그인

## 2. 바우처서비스 이용현황 조회

■ 신청한 바우처서비스를 확인하기 위해 ‘바우처서비스 이용현황’을 선택합니다.

### ① 마이페이지 > 바우처서비스 이용현황

- 회원가입한 아이디로 로그인한 뒤, “마이페이지”에서 “바우처서비스 이용 현황”을 선택합니다.



② 바우처서비스 이용현황 조회

- 바우처카드(국민행복카드) 정보와 바우처 잔량을 확인할 수 있습니다.

## 바우처서비스이용현황

☞ > 마이페이지 > 바우처서비스이용현황

회원님의 바우처카드 정보와 서비스 이용현황을 관리하실 수 있습니다

회원님께서는 현재 총 1건 의 바우처 서비스를 이용하고 계십니다.

### □ 본인부담금 납부계좌

|     |      |
|-----|------|
| 은행명 | 계좌번호 |
|-----|------|

### □ 바우처 카드

|      |   |      |   |
|------|---|------|---|
| 카드번호 | - | 카드번호 | - |
|------|---|------|---|

### □ 국민행복카드

|      |                            |     |      |
|------|----------------------------|-----|------|
| 카드번호 | LT00-****-****-0015        | 카드사 | 롯데카드 |
| 사업유형 | 임신출산진료비지원 , 청소년산모임신출산의료비지원 |     |      |

! 국민행복카드의 이용정보는 실시간으로 수신되지 않아 바우처 실잔량과 상이할 수 있으니 정확한 바우처잔량 확인은 해당 카드사로 문의하시기 바랍니다.

### □ 가상카드 휴대폰번호

|      |    |       |    |
|------|----|-------|----|
| 사업구분 | 없음 | 통신사   | 없음 |
| 이름   | 없음 | 휴대폰번호 | 없음 |

! 가상카드 인증번호 회원님이 가상카드 인증번호를 조회하실 수 있습니다

인증번호 조회

### □ 신청정보

서비스 유형 : 임신출산지원



|                        |             |
|------------------------|-------------|
| 바우처 총보유                | 1,700,000 P |
| 청소년산모임신출산의료비지원 바우처 총사용 | -70,000 P   |
| 임신출산진료비지원 바우처 총사용      | -140,000 P  |
| 바우처 잔량                 | 1,490,000 P |

\* 바우처 총보유/잔량은 임신출산진료비와 청소년산모임신출산의료비가 합산된 포인트입니다.

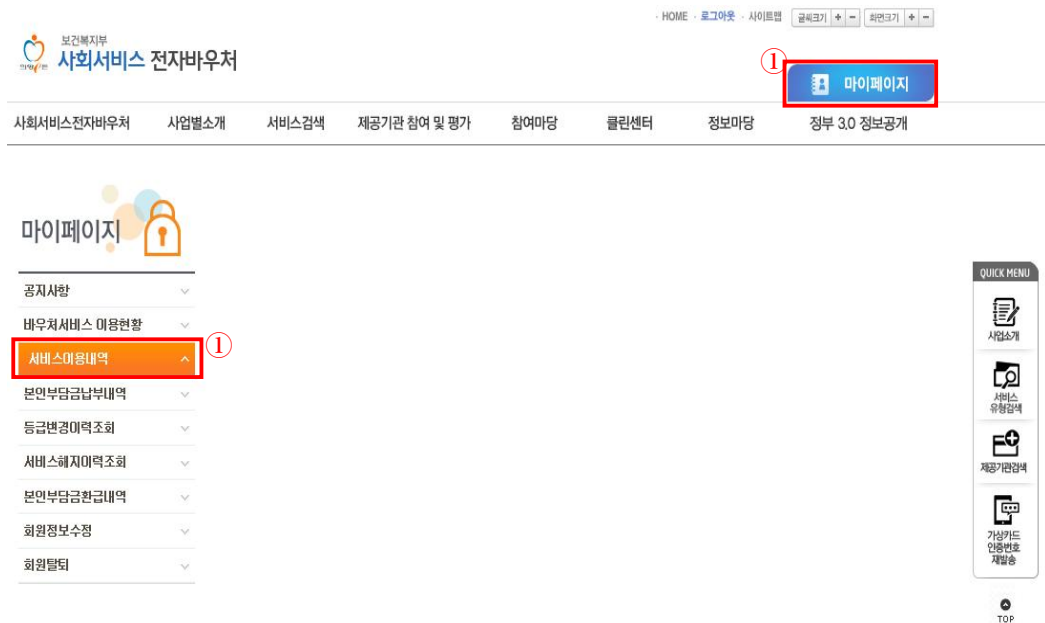
사용내역조회

### 3. 서비스 이용내역 조회

■ 바우처서비스 이용내역을 조회하기 위해 ‘서비스 이용내역’을 선택합니다.

#### ① 마이페이지 > 서비스이용내역

- 회원가입한 아이디로 로그인한 뒤, “마이페이지”에서 “서비스 이용내역”을 선택합니다.



## ② 서비스 이용내역 조회

- 결제유형, 결제구분, 승인일자, 사업구분을 선택한 뒤, “**조회**” 버튼을 누르면 서비스별 이용내역을 확인할 수 있습니다.

※ 청소년산모 임신·출산 의료비지원사업의 이용내역을 정확하게 확인하기 위해서는 해당 카드로 문의하시기 바랍니다.

## 서비스이용내역

홈 > 마이페이지 > 서비스이용내역

회원님의 서비스 이용내역을 검색 확인하실 수 있습니다

|      |                         |      |                               |
|------|-------------------------|------|-------------------------------|
| 결제유형 | 전체                      | 결제구분 | 전체                            |
| 승인일자 | 2015-05-01 ~ 2015-06-01 | 사업구분 | 전체                            |
|      |                         |      | <div>②</div> <b>조회</b> 엑셀다운로드 |

| 결제일시                   | 서비스이용일자    |      | 사업구분   | 서비스유형                  | 승인금액   | 결제유형 | 결제구분 | 반납일자 |
|------------------------|------------|------|--------|------------------------|--------|------|------|------|
|                        | 시작시간       | 종료시간 |        |                        |        |      |      |      |
| 2015.05.26<br>10:45:56 | 2015.05.26 |      | 임신출산지원 | 임신출산진료<br>비지원          | 60,000 | 단말기  | 정상결제 |      |
| 2015.05.26<br>10:45:56 | 2015.05.26 |      | 임신출산지원 | 임신출산진료<br>비지원          | 80,000 | 단말기  | 정상결제 |      |
| 2015.05.18<br>16:20:20 | 2015.05.18 |      | 임신출산지원 | 청소년산모임<br>신출산의료비<br>지원 | 70,000 | 단말기  | 정상결제 |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |
|                        |            |      |        |                        |        |      |      |      |

① 이용내역의 조회는 1개월 단위입니다.

① 임신출산진료비지원과 청소년산모임신출산의료비지원 이용내역은 실시간으로 수신되지 않으므로 정확한 이용내역은 해당 카드로 문의하시기 바랍니다.

## 2024년 모자보건사업 안내

Ministry of Health and Welfare

## 난임부부 시술비 지원사업

1. 사업개요
2. 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용
3. 지원대상자 자격조사 및 지원결정
4. 시술비 청구 및 지급
5. 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영
6. 난임시술 의료기관 지정
7. 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공
8. 기타 행정사항

Part  
IV

## 난임부부 시술비 지원사업



- 난임부부 시술비 지원사업은 2022년 1월 1일부터 지방이양된 사업입니다.  
기존 정부 지원사업의 경과 및 기준으로, 본 개정 시에는 지침 내 자구(오타) 수정 및 건강보험료 판정표 변경 등 지침 변경을 최소화하였습니다.

### 1 • 사업개요

#### 가. 목 적

- 체외수정시술 및 인공수정시술 등 보조생식술을 받는 난임부부에게 건강보험 본인부담 및 비급여 일부를 보충적으로 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 난임부부가 희망하는 자녀를 갖도록 지원하기 위함

#### 나. 추진근거

- 저출산·고령사회 기본법  
**제10조 (경제적 부담의 경감)** 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.
- 모자보건법  
**제11조 (난임 극복 지원사업)** 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다.

#### 다. 필요성 및 추진배경

- 난임에 대한 사회·국가의 책임 요구 증대
  - 난임부부의 지속적인 증가에 따라 난임문제를 개별 가정의 문제가 아닌 사회 현상으로 간주하여 대처 필요



- 난임당사자들도 국가지원 서명운동 전개(8.5천명) 및 국가지원에 관한 청원서 국회 제출 등 국가적 책무 이행을 요청('05년)
- 현재 체외수정시술 등 난임치료 시술비는 건강보험이 적용되지 않는 고액으로 시술비 중 일부를 지원함으로써 난임부부의 경제적 부담 경감 필요
- 아이를 원하는 가정이 출산을 할 수 있도록 적극적 출산지원정책 필요
  - 출산·양육의 사회적 장애 제거와 병행하여 난임과 같은 의료적 장애를 제거 하는 지원정책 필요

## 라. 추진경과

- 체외수정시술비 지원(2006년)
  - (지원횟수) 2회
  - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% 이하
  - (지원금액) 1회당 150만원(기초수급자 255만원) 범위내
- 체외수정시술비 지원횟수 및 기초생활수급자 지원금액 확대(2009년)
  - (지원횟수) 2회 → 3회
  - (기초수급자 지원금액) 255만원 범위내 → 270만원 범위내
- 지원대상자 확대 및 인공수정시술비 신규지원(2010년)
  - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% → 전국가구 월평균소득 150% 이하
  - (맞벌이부부 지원 확대) 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자 보험료는 50%만 합산하여 선정기준 적합 여부 판정
  - (인공수정시술비) 1회당 50만원 범위내 3회까지 신규 지원
- 체외수정시술비 지원금액 및 지원횟수 확대(2011년)
  - (지원횟수) 3회 → 4회
  - (지원금액) 1회부터 3회까지는 1회당 150만원 범위내(기초수급자 270만원) → 180만원 범위내(기초수급자 300만원), 4회는 100만원 범위내
- 체외수정시술비 4회차 지원금액 확대(2013년)
  - (4회차 시술비) 100만원 범위내 → 180만원 범위내

- 체외수정시술비 최대 6회차까지 지원 확대(2014년)
  - (시술비 구분지원) 신선배아 3회, 동결배아 3회로 시술비지원 확대
  - (동결배아 미발생) 신선배아 4회까지 지원
- 체외수정시술비 신선배아 지원금액 확대(2015년)
  - (신선배아 시술비) 1회당 180만원 범위내 → 1회당 190만원 범위내
- 지원대상자 및 지원금액 확대(2016년)
  - (신선배아 시술비) 전국가구 월평균소득 150% 초과 100만원 범위내 신규 지원  
전국가구 100%이하 190만원 범위내 → 240만원 범위내, 3회 → 4회
  - (인공수정 시술비) 전국가구 월평균소득 150% 초과 20만원 범위내 신규 지원
- 지원대상자 기준 변경(2017년)
  - (지원기준)
    - 전국가구 월평균소득 150% → 기준중위소득 200%
    - 전국가구 월평균소득 100% → 기준중위소득 130%
  - (신선배아)
    - (의료급여수급자) 4회, 1회당 300만원 범위
    - (기준중위소득 130%이하) 4회, 1회당 240만원 범위
    - (기준중위소득 130%초과 ~ 200%이하) 3회, 1회당 190만원 범위
    - (기준중위소득 200%초과) 3회, 1회당 100만원 범위
  - (동결배아)
    - (의료급여수급자) 최대 3회, 1회당 100만원 범위
    - (기준중위소득 130%이하) 최대 3회, 1회당 80만원 범위
    - (기준중위소득 130%초과 ~ 200%이하) 최대 3회, 1회당 60만원 범위
    - (기준중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 30만원 범위
  - (인공수정)
    - (의료급여수급자 ~ 중위소득 200%이하) 최대 3회, 1회당 50만원 범위
    - (중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 20만원 범위

## ※ 2017년 10월 국민건강보험 적용

| 구 분     | 내 용                               |
|---------|-----------------------------------|
| 혼인조건    | 법적 혼인상태에 있는 난임부부                  |
| 적용대상 연령 | 부인 연령 만 44세 이하인 자(보조생식술 진료시작일 기준) |
| 횟수      | 체외수정(신선배아4회, 동결배아3회), 인공수정 3회     |

## ● 지원대상 및 지원내용 변경(2018년)

- (지원대상)
  - 기준중위소득 130% 이하 및 의료급여수급자\*
  - \* 국민기초생활보장법에 따른 의료급여수급자로 한정함
- (지원내용)
  - 체외수정(신선배아) 시술비 중 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원

## ● 지원대상 및 지원내용 변경(2019년)

- (지원대상)
  - 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층
- (지원내용)
  - 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 신선배아 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)  
동결배아 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)  
인공수정 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원
- (지원항목) 착상유도제, 유산방지제, 배아동결·보관비 포함

※ 2019년 7월부터 국민건강보험 적용 확대

| 구 분      |      | 현행                | 개선 | 비고                |
|----------|------|-------------------|----|-------------------|
| 적용 대상 연령 |      | 여성 연령<br>만 44세 이하 | 폐지 | 만 45세 이상 본인부담 50% |
| 체외수정     | 신선배아 | 4회                | 7회 | 4회 초과 시 본인부담 50%  |
|          | 동결배아 | 3회                | 5회 | 3회 초과 시 본인부담 50%  |
| 인공수정     |      | 3회                | 5회 | 3회 초과 시 본인부담 50%  |

● 지원대상 및 지원내용 변경(2019년 7월)

- (지원대상)
  - 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층(연령제한 폐지)
- (지원내용)
  - 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 신선배아 최대 7회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)  
동결배아 최대 5회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)  
인공수정 최대 5회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원, 단 확대된 대상자 및 횟수는 최대 40만원

● 지원대상 부부 확대(2019.10.24.)

- 지원대상을 사실상 혼인관계에 있는 부부로 확대

● 시술별 지원금액 조정(2020년)

- (지원대상)
  - 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층
- (지원내용)
  - 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부·전액본인부담금 중 90%, 배아동결비(최대 30만원), 착상보조제 및 유산방지제(각 최대 20만원) 등 각 시술별 지원금액 상한범위 내

- (지원금액) 각 시술 및 회차에 따른 지원금액을 다음과 같이 변경

| 적용대상 연령(여성 기준) |      |       | 만 44세 이하 | 만 45세 이상 |
|----------------|------|-------|----------|----------|
| 체외수정           | 신선배아 | 1~4회  | 최대 110만원 | 최대 90만원  |
|                |      | 5~7회  | 최대 90만원  |          |
|                | 동결배아 | 1~3회  | 최대 50만원  | 최대 40만원  |
|                |      | 4, 5회 | 최대 40만원  |          |
| 인공수정           |      | 1~3회  | 최대 30만원  | 최대 20만원  |
|                |      | 4, 5회 | 최대 20만원  |          |

※ 2021년 11월 15일부터 국민건강보험 적용 확대

| 구 분  |      | 현행 | 개선 | 비고                              |
|------|------|----|----|---------------------------------|
| 체외수정 | 신선배아 | 7회 | 9회 | 본인부담 30%<br>(만 45세 이상 본인부담 50%) |
|      | 동결배아 | 5회 | 7회 |                                 |
| 인공수정 |      | 5회 | 5회 |                                 |

- 2단계 재정분권에 따른 2022년도 지방이양사업으로 확정
  - 행안부 예규 「2022년도 지방자치단체 전환사업 운영기준」에 따라 이양 전 사업지침을 준수하여 지원하되, 재정분권의 취지에 따라 자치단체가 자율적으로 사업 추진
- 난임부부 시술비 지원사업 소득기준 폐지(2024년 1월) 및 지원 확대(2월)
  - '23.3월 「저출산·고령사회 정책 과제 및 추진 방향」 및 '23.7월 「난임·다둥이 맞춤형 지원 대책」에 따라 정부와 지방자치단체간의 논의와 사회보장제도 변경 협의를 통해 2024년 1월부터 난임부부가 소득수준에 상관없이 지원받을 수 있도록 광역시·도에서 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지
  - 건강보험 체외수정 시술별 횟수 통합 운영 및 시술 횟수 확대
    - 인공수정 시술에 대한 급여 횟수 구분은 유지하되, 체외수정 시술 신선배아 9회 + 동결배아 7회 + 추가 지원 4회 = 총 20회 지원하며, 기존 시술별 지원금액 상한범위 유지
    - 여성보다 선행하는 배우자 남성의 난임 시술과 난자채취 실패 및 미성숙 난자 등 불가피한 시술 실패·중단에 대한 기준을 개선하여 지원 실효성 제고

※ 2024년 2월 1일부터 국민건강보험 적용 확대

| 구 분  |      | 현행 | 개선  | 비고                            |
|------|------|----|-----|-------------------------------|
| 체외수정 | 신선배아 | 9회 | 20회 | 본인부담 30%<br>(45세 이상 본인부담 50%) |
|      | 동결배아 | 7회 |     |                               |
| 인공수정 |      | 5회 | 5회  |                               |

\* 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정(보건복지부고시 제2023-280호, 2023. 12. 27.)

## 마. 기본방향

- 아이를 원하는 난임부부의 경제적 부담을 완화하기 위해 보조생식술 소요 비용 지원
  - 비급여는 원칙적으로 지원 불가하나, 본 지침에 따라 지원이 가능하다고 기술된 경우에 한해 가능
- 2017년 10월 이후 난임치료시술에 대한 건강보험 적용으로 국가차원에서 안정적인 보편지원의 토대가 마련되었으므로, 지방자치단체는 지역별 상황과 특성에 맞는 난임치료시술 지원이 이루어지도록 함
- 의학적 근거를 기반으로 난임시술 효과성 및 시술여성의 건강에 미치는 영향 등을 고려하여 사업 추진
  - ※ 광역자치단체는 난임부부 시술비 지원사업 기본계획 및 시행계획 수립 시 필요한 경우 난임부부 지원사업 시·도심의위원회를 구성·운영할 수 있음
- 시술기관의 질 관리 및 평가시스템 강화
  - 불필요한 시술사례가 과잉 유입되지 않도록 시술확인서 및 난임진단서 분석을 통해 정도 관리 및 시술기관의 질적 수준 향상
  - 난임시술 의료기관의 평가관리체계를 도입·운영하여 시술기관의 각종 지침 준수 여부 및 시술 행태 등을 모니터링하고, 평가 결과를 공개하여 난임부부의 알 권리 보장
- 지원대상자의 정서적 지지체계 및 난임예방사업 활성화 병행
  - 난임·우울증 상담센터 확대·운영 및 연계, 난임부부의 On-Line 커뮤니티 활성화 및 민간단체와의 연계·협조를 통한 난임 예방사업 효과성 제고

## 바. 지원범위

- 건강보험 급여가 적용된 보조생식술로서 체외수정시술(신선 및 동결배아시술) 및 인공수정시술(자궁 내 정자주입술)에 부담한 본인부담 비용
- 기타 시술에 직간접적으로 필요한 경우로서 본 지침에서 명시한 비용
- 그 외, 지자체는 지역 상황을 고려하여 지원범위를 자율적으로 결정하되, 본 지침에서 정한 지원내용\* 외 추가 지원을 할 경우에는 최소한 본 지침에서 정한 지원범위는 반드시 준수

\* 난임시술비 중 일부 및 전액 본인부담금, 일부 비급여(배아동결비, 착상유도제 및 유산방지제)

## 사. 기관별 담당업무

### 1) 행정안전부

- 난임부부 시술비 지원사업(지방이양사업) 성과평가 및 재원 보전

### 2) 보건복지부(인구아동정책관 출산정책과)

- 난임부부 시술비 지원사업 공통지침 안내
- 난임부부 지원사업 중앙심의위원회 구성·운영
- 난임시술 의료기관 지정 및 관리

### 2) 광역자치단체

- 난임부부 시술비 지원사업 사업계획 수립
- 난임부부 지원사업 시·도심의위원회 구성·운영
- 시·군·구(보건소)에 사업지침 이첩 및 예산배정, 사업량 조정
- 기타 난임부부 시술비 지원사업에 관한 지도·감독

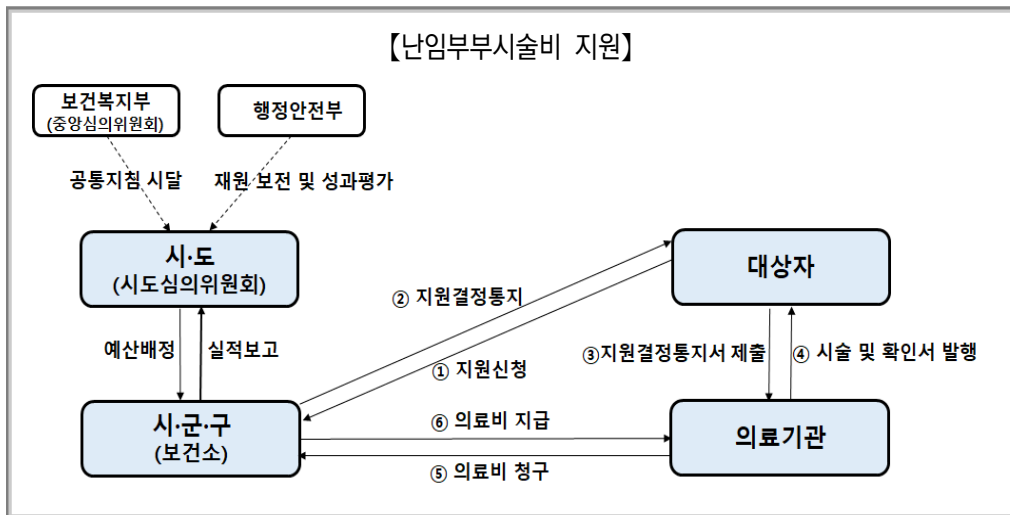
### 3) 시·군·구(보건소)

- 난임부부 시술비 지원사업 시행계획 수립
- 지원 신청 접수·상담 및 지원대상자 선정, 의료비 지급, 홍보
  - 지원대상자 및 시술기관 시술비 지원에 대한 확인 및 지도·감독

### 4) 난임시술 의료기관

- 특정 난임치료 시술(의학적 가이드라인 준수)
- 시술 후 난임여성 관할 보건소에 시술비 청구
- 난임시술 기록지 비치 및 난임시술 당사자 및 정부 제출 요구 시 협조
- 기타 정부지정 난임시술 의료기관으로서의 의무준수

#### 아. 난임부부 시술비 지원사업 체계도





## 2 ○ 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용

### 가. 지원신청 자격

#### 1) 난임시술을 요하는 의사의 ‘난임진단서’ 제출자(난임진단서는 지침상 서식이어야 함)

\* 난임진단서는 ‘정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사’에게 발급받아 제출해야 함

#### ● 정부지정 난임시술 의료기관 시술 의사의 ‘난임진단서’

※ 비뇨기과 의사는 정부지원 ‘난임진단서’를 발급할 수 없음. 비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받은 자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 ‘난임진단서’를 발급

#### 2) 법적 혼인상태에 있거나, 신청일 기준 1년 이상 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소로부터 확인된 난임부부(지원신청 접수일 기준)

※ 보건소에서 확인된 사실상 혼인관계는 난임 시술 대상을 판정하기 위한 절차이며, 그 외 법적인 효력(법정 판결, 친자확인 사항 등)과는 관계가 없음에 유의

#### 〈사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준〉

- 1) 신청인 외에도 사실상 혼인관계에 있는 상대방이 모두 시술 동의를 하였음을 서면으로 제출한 경우
- 2) 사회적으로 인정이 될만한 실질적인 혼인생활을 영위한 것으로 추정할 수 있는 공문서 또는 사실혼 확인보증서를 제출한 경우
  - 공문서 : 주민등록상 1년 이상의 동거기록, ‘사실상 혼인관계 존재확인’의 소’ 판결문, 기타 정부 위원회(행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회 등)에서 발급한 판결문·서류로서, 해당 공문서 내에 두 당사자가 신청일 기준 1년 이상의 사실상 혼인관계를 영위하였다고 객관적으로 증명할 수 있어야 함
  - 사실혼 확인보증서 : 2인 이상의 제3자가 1년 이상의 동거 등 사실상 혼인관계를 보증한 경우로서, 지침상 서식에 해당 보증인의 인적사항 및 보증사실에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의한다는 서명을 받아야 함
- 3) 두 당사자의 가족관계등록부에 신청일 기준 제3자와의 혼인 관계가 없어야 함
- 4) 사실상 혼인관계를 주장하는 당사자 중 일방이 외국인 또는 재외국민이었던 경우 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되어야 함
  - 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 및 출입국기록을 추가 제출하여 1년 이상 국내 체류 여부를 확인받아야 함
  - \* 입출국이 반복된 경우 국내 체류기간 모두 합산하여 산정 가능

- 3) 부부 중 최소한 한 명은 주민등록이 되어 있는 대한민국 국적 소유자(주민등록 말소자, 재외국민 주민등록자는 대상에서 제외)이면서, 부부 모두 건강보험 가입 및 보험료 고지 여부가 확인되는 자

※ 재외국민 주민등록 관련 법령 : 주민등록법 제6조, 제24조 참조

※ 단, 건강보험 적용만을 위한 사실상 혼인관계 인정은 부부 중 최소한 한 명은 건강보험 가입이 되어 있어야 하며, 건강보험 가입자에 한하여 난임시술에 대한 급여 적용이 가능함

## 나. 지원범위 및 내용

- 지원범위 : 체외수정(신선배아, 동결배아), 인공수정 시술비 중 일부 및 전액본인 부담금, 비급여 3종(배아동결비, 유산방지제 및 착상보조제)

- 지원시술횟수 : 체외수정 최대 20회, 인공수정 최대 5회

※ 단, 건강보험이 적용되는 경우(횟수 차감)에만 지원가능

※ 공난포 등 건강보험 횟수 차감이 없는 경우 정부지원 불가능

- 지원최대금액 : 아래 표 참조

- 시술종류 및 여성 나이 별로 시술금액 상한 차등 지원

※ 나이는 시술시작 시점을 기준으로 함. 단, 지원결정통지서를 발급받은 후 해당 지원결정통지서 유효기간 내, 나이 변경 시에는 발급 시점을 기준으로 함

| 적용대상 연령(여성 기준) |      | 44세 이하   | 45세 이상  |
|----------------|------|----------|---------|
| 체외수정(1~20회)    | 신선배아 | 최대 110만원 | 최대 90만원 |
|                | 동결배아 | 최대 50만원  | 최대 40만원 |
| 인공수정(1~5회)     |      | 최대 30만원  | 최대 20만원 |

- 지원대상 난임시술 종류

- 체외수정시술(IVF-ET)

- 과배란유도, 난자채취, 난자세포질내 정자 직접 주입술(ICSI)
- 배아보조 부화술(Hatching)

- 접합자 난관내이식(ZIFT)

- 과배란유도, 난자채취, 세포질내 정자 직접 주입술(ICSI)

- 생식세포 난관내이식(GIFT)

- 동결배아이식
- 배아난관이식(TET)
- 인공수정시술
  - 배란유도(배란유도제로 경구제나 주사제 또는 병합투여) 후 인공수정시술
  - 자연주기 인공수정시술

● 생명윤리 및 안전에 관한 법률상 허용되는 범위에서 지원

- 특정의 성을 선택하여 수정하거나, 미성년자의 정자·난자 활용행위 금지
- 매매된 정자·난자 활용 금지
- 대리모 제외
  - ※ 대리모는 '생명윤리 및 안전에 관한 법률' 및 '민법'과 관련된 현실적인 문제의 발생은 물론 윤리적 문제 야기로 국고 지원의 타당성이 떨어짐
- 기타 관련 법령의 허용범위 내에서만 시술

※ 생명윤리 및 안전에 관한 법률

**제23조(배아의 생성에 관한 준수사항)** ① 누구든지 임신 외의 목적으로 배아를 생성하여서는 아니 된다.

② 누구든지 배아를 생성할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.

1. 특정의 성을 선택할 목적으로 난자와 정자를 선별하여 수정시키는 행위
2. 사망한 사람의 난자 또는 정자로 수정하는 행위
3. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정하는 행위. 다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외한다.

③ 누구든지 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부(反對給付)를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선하여서는 아니 된다.

**제66조(벌칙)**

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

3. 제23조제1항을 위반하여 임신 외의 목적으로 배아를 생성한 사람
4. 제23조제3항을 위반하여 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선한 사람

**제67조(벌칙)**

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 2년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 배아를 생성할 때 제23조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자

## 2024년 지방자치단체 난임시술비 지원 현황('24.2월~)

| 시도 | 소득<br>기준 | 기타 자격요건                | 시술별<br>최대 지원 횟수 |          |           | 시술별 회당 최대 지원금액(기존)<br>(공통) 일부·전액본인부담금 90% |          |                                                    | 지원금액 내<br>일부 비급여항목<br>지원 한도(기존)<br>유산방지제 20만원<br>착상유도제 20만원<br>배아동결비 30만원 | 비고 |
|----|----------|------------------------|-----------------|----------|-----------|-------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----|
|    |          |                        | 체외수정            |          | 인공<br>수정  | 구분(여성 기준) 44세 이하 45세 이상                   |          |                                                    |                                                                           |    |
|    |          |                        | 신선<br>배아        | 동결<br>배아 |           | 체외<br>수정                                  | 신선배아     | 110만원                                              |                                                                           |    |
|    |          |                        |                 |          |           | 수정 동결배아                                   | 50만원     | 40만원                                               |                                                                           |    |
|    |          |                        |                 |          |           | 인공수정                                      | 30만원     | 20만원                                               |                                                                           |    |
| 서울 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 총 25회           |          |           | 기존 지침 동일                                  |          |                                                    | 기존 지침 동일                                                                  |    |
| 부산 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | (추가) 주사제<br>(프로게스테론)<br>주사 행위료 지원<br>(56회, 회당 1만원) |                                                                           |    |
| 대구 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           | 별도 추가<br>지원 있음                                                            |    |
| 인천 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 광주 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           | 별도 추가<br>지원 있음                                                            |    |
| 대전 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 구분(여성 기준) |                                           | 연령 차등 없음 |                                                    | 기존 지침 동일                                                                  |    |
|    |          |                        |                 |          | 체외<br>수정  | 신선배아                                      | 110만원    |                                                    |                                                                           |    |
|    |          |                        |                 |          |           | 동결배아                                      | 50만원     |                                                    |                                                                           |    |
|    |          |                        |                 |          | 인공수정      |                                           | 30만원     |                                                    |                                                                           |    |
| 울산 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 구분(여성 기준) |                                           | 연령 차등 없음 |                                                    | 기존 지침 동일                                                                  |    |
|    |          |                        |                 |          | 체외<br>수정  | 신선배아                                      | 110만원    |                                                    |                                                                           |    |
|    |          |                        |                 |          |           | 동결배아                                      | 50만원     |                                                    |                                                                           |    |
|    |          |                        |                 |          | 인공수정      |                                           | 30만원     |                                                    |                                                                           |    |
| 세종 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 경기 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 강원 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 충북 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 충남 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 전북 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           | 별도 추가<br>지원 있음                                                            |    |
| 전남 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           | 별도 추가<br>지원 있음                                                            |    |
| 경북 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           | 별도 추가<br>지원 있음                                                            |    |
| 경남 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 20              | 5        | 기존 지침 동일  |                                           |          | 기존 지침 동일                                           |                                                                           |    |
| 제주 | 폐지       | 신청 시점 부부<br>(여성) 관내 거주 | 총 25회           |          |           | 기존 지침 동일                                  |          |                                                    | 기존 지침 동일                                                                  |    |

※ '24.1월 기준 광역지방자치단체 지원사업만 반영하였으며, 보건복지부의 광역지방자치단체 난임부부 시술비 지원사업 사회보장제도 변경 일괄협약에 따른 사항으로 이후 추가 변경될 수 있어 자세한 내용 및 추가 지원사업 등은 해당 지자체에 문의하여야 함.

## 다. 신청 접수

### 1) 신청기간 및 방법

#### ● 접수 : 연중 접수

- 신청은 원칙적으로 난임부부가 하되, 불가피한 경우 난임부부의 직계존속 또는 형제자매 신청 가능
- 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청 시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서(상세) 등)제출

#### ● 방법 : 보건소 방문(난임부부 중 여성의 주소지 관할 시·군·구 보건소) 또는 온라인(정부24, e보건소 공공보건포털) 신청

- ※ 지원대상자가 통지서 발급 이후 타 지역으로 전출 시, 지원결정통지서를 발급한 보건소에서 시술비 지급
- ※ 사실상 혼인관계인 경우, 최초 신청 시 방문 신청 필요(온라인 신청 불가)하며, 보건소장은 사실상 혼인관계를 확인하기 위해 이후에도 추가 방문을 요구할 수 있음
- ※ 전입보건소 요구 시, 전출보건소에서는 전입보건소에 관련 사항 문서 통보(통합정보시스템상 현황자료 입력조치 완료 후 문서 통보하고 원본은 보관)

### 2) 제출서류

#### ● 기본 첨부서류

- ① 난임부부 시술비 지원 신청서 1부 <서식 1>
- ② 난임 진단서 1부 <서식 2, 3>
  - \* 난임 진단서는 1차 신청 시 제출한 내용을 최종 지원 시까지 같음
  - \* 사실혼 부부의 경우, 난임진단서 없이 신청 가능. 시술 종료 후 비용청구 전까지 진단서를 별도 제출받아 PHIS에 입력하여야 함
- ③ 부부 모두의 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 1부씩
- ④ 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있는 경우 가족관계증명서(상세) 1부 제출)
  - ※ ③~④의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략

#### ● 추가 첨부서류

- ⑤ 사실상 혼인관계인 경우
  - 당사자 시술동의서 <서식 10>

- 주민등록등본\* 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부
  - \* 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략
- 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서<서식 11> 및 보증인 신분증 사본 각 1부)
  - \* 주민등록등본상 동일 거주지에 1년 이상 동거한 기록이 있는 경우 제출 생략 가능
  - \* 행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회, 법원 판결문 등 정부기관에서 사실혼으로 인정한 공문서로서 반드시 1년 이상의 사실상 혼인관계 기간을 확인할 수 있어야 함
  - \* 공문서 제출을 우선으로 받되, 해당 공문서가 없는 경우에 한해 사실혼 확인보증서를 징구(이 경우 보증인의 신분증 사본을 추가 징구하되, 주민등록번호 뒷자리는 삭제하여 보관)
  - \* 사실혼 확인보증인은 반드시 내국인 성년자이어야 함(외국인 및 미성년자 불가능)
  - \* 해외에서의 혼인신고 증빙서류는 인정하지 않음
- 1년 이상 체류를 증빙할 수 있는 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실 증명 중 1부(당사자가 외국인인 경우에 한함)
  - \* 상기 서류 외에 1년 이상 체류를 추가 증빙하려는 경우 출입국기록을 추가 제출할 수 있음

#### ‘행정정보 공동이용’ 활용 안내

- 행정정보 공동이용 등록사무명 : “난임부부 시술비 지원사업”
  - \* 행정안전부에 민원사무로 등록되어 있음
- 이용 가능 정보내용
  - 건강보험 자격확인 및 건강보험료 납부확인서상의 고지금액 유무\*
  - \* 고지금액이 0원인 경우 급여개시유효일 등 건강보험 자격이 정상적으로 유효한지 파악하여야 함
- 보건소 업무담당자 사전조치 사항
  - 기관별 행정정보 공동이용 담당자(분임공동이용관리자)로부터 행정정보 공동이용 접근 권한을 신청하여야 함(보건소 권한 신청 부서는 구청 민원봉사과 등에서 담당)
- 시술대상자가 해야 할 사항
  - 지원신청서 뒷면의 ‘난임부부지원사업 개인정보 제공 동의서’에 동의 (서명)하여야 함.
  - \* 행정정보 공동이용 화면 예시(고지금액)

|        |         |                        |         |       |  |
|--------|---------|------------------------|---------|-------|--|
| 납부자 번호 |         | 2014년도 건강·장기요양보험료 납부내역 |         |       |  |
| 월별     | 고지금액    |                        | 납부금액    |       |  |
|        | 건강보험료   | 장기요양보험                 | 건강보험료   | 장기요양보 |  |
| 01월    | 93,220원 |                        | 93,220원 |       |  |
| 02월    | 93,220원 |                        | 93,220원 |       |  |
| 03월    | 93,220원 |                        | 93,220원 |       |  |
| 04월    | 93,220원 |                        | 93,220원 |       |  |

※ 국제결혼자의 경우 주민등록 조회가 불가능할 경우 가족관계증명서(상세) 제출

### 3 지원대상자 자격조사 및 지원결정

#### 가. 지원대상 자격조사

- 시·군·구 보건소에서 신청서 접수시마다 연령 등 자격기준 조사
  - 시술비지원 신청시마다 선정기준에 따른 지원자격 조사 후 '지원결정통지서' 배부
    - ※ '지원결정통지서' 발급일부터 시술비 지원 가능
    - ※ 온라인(정부 24 등) 신청의 경우, 신청 시 제출서류를 모두 구비하였다면 지원결정통지서의 발급일자를 지원 신청일로 지정하여 발급

#### 나. 지원대상자 지원결정

- 수급권은 해당 난임부부에게 부여(선정)
- 신청자격 및 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 지원결정통지서를 발급
  - 지원결정통지서 발급 유효기간은 발급일로부터 3개월임
    - ※ 보건소 및 정부 난임시술 지정기관에서는 지원 유효기간 경과 시 재신청을 통한 자격요건 재확인 후 지원결정통지서를 재발급 받아야 한다는 사실에 대하여 지원결정통지서 발급 및 의료기관 내방 시 반드시 안내
  - 통지서 분실 시, 기존 통지서와 동일한 유효기간으로 재출력하여 배부
- 유효기간 내 시술을 시작하지 않고 유효기간이 경과 한 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 지원결정통지서를 새로 발급받아야 함
  - 단, 유효기간 변경을 원할 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 새로 발급받아야 함
- 지원결정통지서 발급 이후 난임시술 종류를 변경하여야 하는 경우, 해당 시술 지원 신청용 진단서 등 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 기존 발급일에 맞춰 기존 지원결정통지서의 난임시술 종류를 변경하여 교부
  - 예) 체외수정 중 신선배아 방식을 동결배아 방식으로 변경하고자 하는 경우(신선→동결) 등

〈사실상 혼인관계 부부 지원결정통지서 발급 안내〉

- 1) '사실상 혼인관계' 확인은 지원신청 접수일 기준으로 하며, 사실혼 확인에 대한 유효기간은 해당 신청에 따른 지원결정통지서 발급일로부터 6개월임
- 2) 사실혼 확인 유효기간 내 또 다른 난임시술을 받는 경우, 사실상 혼인관계인 경우 제출하는 서류를 생략할 수 있음
- 3) 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일이 지원결정통지서 유효기간 종료일보다 선행할 경우 해당 통지서의 유효기간 종료일은 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일로 함

다. 건강보험 적용을 위한 사실상 혼인관계 인정

- 사실상 혼인관계를 확인한 경우라면 건강보험 적용만을 위해 지원결정통지서를 배부 가능
  - 다만, 지원결정통지서 내에 '지원한도액'을 해당사항없음(건강보험 급여만 적용)에 체크 후 배부하여야 함
- 사실상 혼인관계 확인 유효기간 내 또 다른 난임시술(건강보험 적용)을 받는 경우, 기존 통지서를 재출력하여 배부할 수 있음
- 보건소는 사실상 혼인관계만이 확인된 지원자에게는 해당 지원결정통지서를 시술 의료기관에 제출하여야만 건강보험 급여 적용이 가능함을 반드시 안내하여야 함



## 4 시술비 청구 및 지급

### 가. 시술비 청구

- 지원대상자는 시·군·구 보건소에서 ‘지원결정통지서’ <서식 4>를 교부받아 시술을 받는 정부지정시술 기관에 제출
- 지원결정통지서 발급 이후에 발생한 시술비용에 대해서만 지원하며 시술이 종료된 경우 소급지원은 불가. 단, 시술시작일이 공휴일(토요일 포함)인 경우에는 공휴일의 다음 날(연휴인 경우에는 연휴의 마지막 날의 다음 날)까지 ‘지원결정통지서’를 교부받은 경우에 한하여 시술비 지원 대상으로 인정됨
- 시술의료기관에서 발급한 진료비 계산서·영수증\*(약제비 포함)을 첨부
  - \* 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별칙 제6호 서식) 참조

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

**[ ]외래 [ ]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서·영수증**

|          |                  |                     |                          |                          |
|----------|------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 환자등록번호   | 환자 성명            | 진료기간                |                          | 야간(공휴일)진료                |
|          |                  | 부터                  | 까지                       | [ ] 야간 [ ] 공휴일           |
| 진료과목     | 질병군(DRG)번호       | 병실                  | 환자구분                     | 영수증번호(연월-일련번호)           |
| 항목       | 급여               |                     | 비급여                      | 금액산정내용                   |
|          | 일부 본인부담<br>본인부담금 | 전액<br>본인부담<br>공단부담금 | 선택<br>진료료<br>선택진료<br>료 외 | ⑦ 진료비 총액<br>(①+②+③+④+⑤)  |
| 진찰료      |                  |                     |                          |                          |
| 입원료      | 1인실              |                     |                          | ⑧ 환자부담 총액<br>(①-⑥)+③+④+⑤ |
|          | 2·3인실            |                     |                          |                          |
|          | 4인실 이상           |                     |                          |                          |
| 식대       |                  |                     |                          | ⑨ 이미 납부한 금액              |
| 투약 및 행위료 |                  |                     |                          |                          |

- 지정시술기관에서는 지원대상자에 대하여 일반 시술자(비 지원대상자)와 동일하게 진료 및 시술을 시행하고, 정부지원사업을 인지하지 못하여 시술 당사자가 지원대상에서 누락되는 일이 없도록 정부지원사업 안내를 반드시 실시
  - ※ 관련 민원발생시 정부 시술지정기관 제외 등 조치
- 특히, 시술 전 진료 시 난임부부 시술비 지원사업이 지역마다 다를 수 있으며, 자세한 사항은 지원대상자(여성)가 거주하는 관할 보건소에 문의해야 함을 반드시 안내

- 시술확인서 <서식 5, 6> 작성시 ‘시술시작일’은 통지서 발급일과 같지 않을 수 있으며, 순수하게 시술이 시작한 일자부터 임신확인일까지로 기재  
 ※ 시술기간 통계의 정확도 제고를 위해 실제 시술의 시작과 끝을 정확히 기재할 것, 다만, 시술시작일이 통지서발급일보다 앞설 경우 지원금 청구시 통지서발급일부터 발생한 의료비만을 청구해야 함
- 시술 결과 임신한 경우, 시술확인서 상 임신낭 개수 기입이 누락되면 시술 대상자에 대한 시술비 지원이 불가하므로 임신낭 개수를 반드시 기입
- 사실상 혼인관계 당사자가 진단서 없이 최초 지원결정통지서를 발급받은 경우, 진단서를 보건소에 제출할 때까지 시술비가 지급되지 않음에 유의
- 시술 당사자가 직접 보건소에 진단서를 제출하거나, 시술의료기관에서 비용 청구 시 진단서를 같이 첨부할 수 있도록 조치

## 나. 시술비 지급 기준 및 절차

### ▣ 시술비 지급 기준

- (지급 범위) 결정통지서에 안내된 기간 내에 시술이 시작된 경우로서, 시술시작일※ 부터 임신낭을 확인(또는 혈액·소변검사일)한 시술종료일까지 소요된 다음 시술비용에 대해 지급  
 ※ 과배란 유도 시 약제 처방일 또는 자연주기 이용 시 생리 시작 후 내원일부터 적용 단, 남성 난임으로 상기 기간 이전에 정자채취 및 처리를 시행하는 경우 정자채취 및 처리 시행일부터 적용(건강보험 적용 기준과 동일)
- 건강보험 회차 적용(횟수 차감)을 통해 보험자(건강보험공단)가 비용을 부담하고 남은 시술비(일부본인부담금)
- 그 외 시술에 필요한 경우로서 건강보험에서 전액본인부담급여(100/100)가 인정된 금액
- 비급여 비용으로서 이 지침에 허용한다고 명시한 시술 및 약제비용※  
 ※ 건강보험상 효과성 및 안전성이 일부 인정된 사례가 있어 정부지원의 타당성 역시 인정된 경우
- (지급 상한액) 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금을 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금을 선택하게 하여 청구

- 시술종류 및 난임여성의 만나이 기준으로 청구지원 가능 금액이 다름에 유의  
(아래 표 참조)

| 적용대상 연령(여성 기준) |      | 44세 이하   | 45세 이상  |
|----------------|------|----------|---------|
| 체외수정(1~20회)    | 신선배아 | 최대 110만원 | 최대 90만원 |
|                | 동결배아 | 최대 50만원  | 최대 40만원 |
| 인공수정(1~5회)     |      | 최대 30만원  | 최대 20만원 |

※ 단, 지역마다 지원가능금액 등 기준이 다를 수 있으므로 지원기준을 주민에게 충분히 홍보 필요

- (지급액 계산) 청구항목에 따라 지급되는 금액이 전부 지급되는 것이 아남에 유의
  - (일부·전액본인부담금) 본인부담금 합계액의 90%에 해당하는 금액에 대해 지급 가능
  - (비급여) 배아동결비는 최대 30만원, 착상유도제 및 유산방지제는 각각 20만원 까지 지급 가능
  - (지원금 합계) 상기 본인부담금 합계액의 90% 및 비급여 금액의 합산액은 지급상한액을 넘을 수 없음

※ 절사금액 발생에 대하여는 90% 초과분 발생액도 인정

※ 단, PHIS 시스템은 90% 반영분만 자동계산되므로 금액불일치 인정

#### 예시

☞ 1회차 신선배아 시술 시 일부 및 전액본인부담금이 100만원, 배아동결비 40만원, 유산방지제 15만원을 청구한 경우

- (일부 및 전액본인부담금) 90만원 = 100만원 × 90%

- (배아동결비) 30만원 (상한액)

- (유산방지제) 15만원 (청구액)

⇒ 합계액 : 110만원

(합계액은 135만원이나 상한액을 초과하였으므로, 지원금 상한액인 110만원 지급)

#### ☑ 시술비 지급 절차

- (시술의료기관 청구 절차) 정부지원금은 시술을 종료한 후 시술대상자 주소지의 시·군·구 보건소에 청구 (청구서, 지원결정통지서 사본, 시술확인서, 진료영수증, 진료상세내역서, 통장사본 첨부)

- 시술의료기관에서 보건소에 청구하는 시술비(지급범위에 해당하는 비용을 합산한 금액을 말함)가 정부지원금 상한액보다 초과된 경우라면, 정부지원금 상한액을 청구, 그 이외에는 시술비를 청구
- 비급여, 일부본인부담금 및 전액본인부담금을 혼재하여 청구하려는 경우, 비급여 및 전액본인부담금액을 우선(선순위) 청구하고, 일부본인부담금을 후순위로 청구(본인부담상한제\* 적용 관련)
  - ※ 전체 10분위 기준 연간 80만원(소득최저)에서 580만원(소득최고)까지 본인부담상한초과분에 대하여 다음연도에 건강보험공단에서 환급해주는 제도로, 별도 국가예산 등으로 지원받는 일부 본인부담금의 경우 환급대상에서 제외됨
- 시술 중 의학적 판단 또는 개인적 사유에 따라 불가피하게 시술을 중단한 경우라도, 건강보험 횡수 차감이 되었다면 정부지원금 상한액 내에서 시술비 청구 가능(이 경우, 중단이유에 대해 시술확인서에 기재하여야 함)
  - ※ 시술비 청구 <서식 7>는 시술 종료일로부터 1월 이내에 청구하되, 1개월이 지나서 청구하는 경우는 청구서의 지연 사유를 확인하고 보건소장이 그 사유가 타당하다고 판단하는 경우 6개월의 범위 내에서 지연청구 가능
- (지원대상자의 약제비 청구절차) 지원대상자는 시술과 직접적 관련 있는 원외 약처방을 받은 경우 시술확인서, 처방전, 약제비 영수증 등 제출 시 일부 본인 부담금, 비급여(전액본인부담금 포함) 약제비에 대하여 정부지원금액 한도 내에서 지급 가능
- 시·군·구(보건소)에서는 지원대상자 및 시술의료기관에 지급한 금액의 합산액이 정부지원금 상한액을 초과하지 않도록 유의하여야 함
  - ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련 서류(시술비 청구서 <서식 8>, 체외수정 또는 인공수정 시술확인서<서식 5, 6> 1매, 원외약처방전 및 영수증, 시술자 본인의 계좌 통장 사본)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 함
  - ※ 개인에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있음
- (지원대상자가 시술의료기관 외 민간의료기관에서의 착상유도제 또는 유산방지제 청구절차) 지원대상자는 2차 민간의료기관 및 보건소에서 프로그레스테론 약제(착상유도제 또는 유산방지제)를 투약한 경우, 그 약제비용이 포함된 영수증을 제출하여 전부 본인부담금, 비급여 약제비에 대하여 정부지원금액 한도 내에서 지급 가능

- 시·군·구(보건소)에서는 지원대상자 및 시술의료기관에 지급한 금액의 합산액이 정부지원금 상한액을 초과하지 않도록 유의하여야 함
  - ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(청구서 <서식 8>, 체외수정 또는 인공수정 시술확인서 <서식 5, 6> 1매, 원외약처방전 및 영수증, 시술자 본인의 계좌 통장 사본)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 함(약제비 청구절차와 동일)
  - ※ 개인에게 지급되는 시술비는 약제비에 대해서만 해당되며, 투약에 대한 시술비(주사시술 비용) 및 진료비(본인부담액)에 대해서는 지원이 불가능함
- (보건소의 비용 지급 절차) 시·군·구(보건소)에서는 시술비와 약제비 청구서가 모두 접수된 날로부터 가급적 30일 이내에 해당 의료기관 및 지원대상자(개인)에게 시술비 지급(계좌 송금)
  - 시술비가 정부지원금 이내인 경우에는 총 시술비를 확인하여 그 범위 내에서 지급
  - 시술비 총액이 평균시술비에 비해 과다하거나 허위청구가 의심된 때에는 철저히 확인 후 지급
    - ※ 전문의약품 주사제는 주사시술 당일날 투약하려는 약제만 원내처방되어야 함(의료법)
    - ※ 전체 시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지)이 둘 이상의 시술기관으로 나뉘어 있는 경우 시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부하여 시술과정과 내용의 중복 및 중단 등이 없이 연속적 시술행위가 이루어졌음을 신청자 및 의료기관이 입증(입증 곤란시 최초 지원결정통지서 제출 시술 기관의 시술비만 정부 지원 인정)
  - 지원대상자에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외약 처방 인지 확인 후 시술본인의 계좌로 지급
  - 비급여가 아닌 임신확인검사( 뇨검사, 혈청검사 또는 초음파상 임신낭 확인 검사)비 역시 청구 가능
  - 당해 연도 시술비지원 예산 부족으로 인해 발생한 미지급분에 대해서는 다음 연도 예산으로 지급 가능
  - 시·군·구(보건소)는 본 지침의 시술지원 범위 내에서는 PHIS시스템을 통해 지원대상자 관리 등 절차를 처리할 수 있으나, 그 외 별도지원 사항에 대해서는 자치단체 자체적으로 시스템 마련하여 대상자 등 관리 필요

## ■ 허용되는 비급여 지원 시술 및 약제비용 지원

### ● 비급여 비용의 지원 원칙

- 유산방지제, 착상유도제, 배아동결비용(보관비용을 포함함)은 전체시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지) 중 발생되어 청구된 경우에만 지원이 인정됨(해동되었다 다시 동결하는 경우 지원 불가능)
- 각종 유전자검사, 면역력검사 및 선택유산시술 비용 등은 지원 불가능※  
※ 해당 검사 및 시술은 법적으로 금지되어 있거나, 보편적이지 않은 타 비급여 시술을 유도하는 측면이 있으며, 효과성, 비용의 적절성 등을 건강보험 체계 내에서 검증되지 못한 점 등을 종합적으로 고려
- 각 비급여시술 및 약제별로 지원한도를 정하되, 그 총 합계액은 본인부담금 한도 내에서 지원

### ● 자궁착상유도제 및 유산방지제의 지원 방향

- (지원 약제 범위) 의약품안전나라(<https://nedrug.mfds.go.kr>)에서 주성분이 프로게스테론으로, 황체(기) 결함, 호르몬 이상 및 면역학적 요인 등을 보조해주는 용도로 검색·확인된 약제  
※ 프로게스테론 질정 및 주사, 타이유 프로게스테론 주사, 슈게스트 프로게스테론 주사, 제니퍼 프로게스테론 주사, 루티너스 질정, 유트로게스탄 질정, 예나트론 질정, 크리논 겔, 사이클로제스트, 프롤루텍스주 등
- (지원액) 각 약제용도 당 최대 20만원 한도 내에서 지원

### ● 배아 동결·보관비의 지원 방향

- (지원대상) 신선배아 시술에 따른 배아 이식 후 남은 배아, 자궁내막 등 여성의 건강상태가 이식을 하지 못할 상태 및 질병 확인 때문에 배양 배아를 향후 난임 시술 목적으로 배아를 동결, 보관할 필요가 있는 경우
- (지원액) 동결 및 최대 1년까지의 보관비용※에 한해 시술당 최대 30만원 지원  
※ 시술기간 지원 원칙에도 불구하고, 1년간의 보관비용에 대해서 지원함

## 5 • 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영

### 가. 난임부부지원사업중앙심의위원회

#### 1) 설치·운영 : 보건복지부

#### 2) 위원 구성

- 대한산부인과학회, 대한생식의학회, 대한보조생식학회, 대한산부인과 의사회, 건강 보험심사평가원, 국민건강보험공단, 대한비뇨기과학회, 여성계, 윤리계 등 각 단체의 장으로부터 추천을 받은 자와 보건복지부 공무원 등 15인 이내
- ※ 보건복지부 인구이동정책관은 당연직 위원으로 하고, 간사는 보건복지부 출산정책과장이 됨

#### 3) 의결방법

- 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결
- \* 서면회의 시 재적위원 과반수의 의견 제출과 의견 제출위원 과반수의 찬성

#### 4) 기 능

- 난임부부 시술비 지원사업(체외수정 및 인공수정)의 의학적 기준 심의, 시술 관련 의료적 가이드 제시 및 각종 주요 사안 심의

### 나. 난임부부지원사업시·도심의위원회

#### 1) 설치·운영: 시·도

#### 2) 위원 구성

- 당연직위원(국장급 공무원)을 포함하여 9명 이내의 위원으로 구성하고, 담당 과장이 간사를 맡음
- 보건의료 수요자를 대표하는 사람 2명
- 의료법 제28조 및 제52조에 따른 의료인 단체 또는 의료기관 단체에서 추천하는 사람 3명
- 시·도 소속 3급 상당 공무원 1명
- 난임 관련 학식과 경험이 풍부한 전문가 3명

#### 3) 기능

- 난임부부 시술비 지원사업의 의학적 기준 심의 등 각종 주요 사안 심의

## 6 • 난임시술 의료기관 지정

### 가. 지정 및 지정절차

#### 1) 난임시술(체외수정 시술) 의료기관

##### ☑ 지정

- 지정권자 : 보건복지부장관
- 지정기관의 명칭 : “난임시술(체외수정 시술) 의료기관”
- 지정신청자격<모자보건법 시행규칙 별표2>
  - “생명윤리 및 안전에 관한 법률” 제22조(배아생성의료기관의 지정 등) 규정, 동법시행규칙 제17조(배아생성의료기관의 지정) 규정에 의거 보건복지부령이 정하는 시설 및 인력 등을 갖추어 “배아생성기관”으로 지정받은 의료기관중 본 사업 참여를 희망할 경우 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식>을 작성하여 신청

##### ☑ 지정절차

- 정부지원 난임치료 체외수정 시술 사업에 참여하고자 하는 배아생성의료기관은 ‘난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서’ <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식>를 제출
- 보건복지부장관은 난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서를 검토하여 배아생성의료기관을 “난임시술(체외수정 시술) 의료기관”으로 지정·통보

#### 2) 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관

##### ☑ 지정

- 지정권자 : 보건복지부장관
- 지정기관의 명칭 : “난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관”



● 지정신청 자격기준<모자보건법 시행규칙 별표2>

- 시설기준 : 정액채취실(개인 프라이버시 보호가능한 독립적 공간), 진료실
  - 장비기준 : 초음파기기, 현미경을 포함한 정액검사장비, 정자분리 장비 (예시, 원심분리기 등)
- 인력기준
  - 산부인과 전문의 1명 이상
  - 시술을 보조할 수 있는 간호사 또는 간호조무사 1명 이상을 두어야 함

■ 지정절차

- 정부 인공수정시술 지원사업에 참여하고자 하는 의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호서식>에 의한 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서에 다음 각호의 서류를 준비하고 관할지역 보건소에 요청
  - 의료기관 개설신고증명서 또는 의료기관 개설허가증 사본
  - 시설, 장비 및 전문인력 명세서
  - 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서<모자보건법 시행규칙 별지 제9호의2서식>
    - ※ 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제22조에 의한 배아생성의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식에 의한 “난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서”로 신청(배아생성의료기관 지정서사본 첨부)
- 요청을 받은 보건소 담당자는 해당 의료기관에 현장방문하여 시설, 장비, 인력 등 자격기준 충족여부 점검 후 ‘자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청 현지확인 의견서’를 발급
- 보건소로부터 점검표를 발급받은 해당 의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호서식>에 의한 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서에 상기 각호의 서류를 첨부하여 보건 복지부에 제출
- 보건복지부장관은 난임시술 의료기관을 지정하는 때에는 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의4서식>에 의한 난임시술 의료기관 지정서를 교부할 수 있음

## 나. 체외수정 시술 및 인공수정 시술(공통)

### 1) 의료기관 변경사항 신고

- 난임치료 시술기관은 기관의 명칭, 기관장(대표자), 소재지, 시설, 전문인력(의사에 한함)을 변경하려면 별지 제9호5서식의 변경신고서를 난임시술 의료기관 지정서 원본과 변경사항을 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 변경사유가 발생한 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 제출
- 보건복지부는 지정사항 변경처리후 지정서를 고쳐 써서 발급하거나 재발급함

### 2) 지정 반납 및 해지

- 난임치료 시술기관으로서의 기능이 상실된 의료기관은 난임시술의료기관 지정서를 보건복지부에 반납하여야 하며, 해당 기관에 대해서는 지정해지 하고 결정사항을 해당기관에 통지하며 “난임치료 시술지정기관 목록”에서 퇴록. 각 시·도에 통보
- “난임부부지원사업 시술 지정기관(체외수정 및 인공수정)”은 지정 반납 사유가 발생하면 그로부터 7일 이내에 보건복지부에 공문으로 보고하고 당해 시술기관 내에서는 관련 사실을 6개월 이상 반드시 안내(공지)하여 민원 불편이 발생하지 않도록 함
- 진단서 허위발급 및 시술비 허위청구, 시술비 과다 청구시 보건복지부에서 현황 파악 후 지정기관 제외 등 조치

### 3) 난임치료시술지정기관 준수사항

- 정부에서 제공하는 ‘난임치료시술 가이드라인(체외수정 또는 인공수정시술)’을 준수하고 정부에서 제공하는 ‘양식’을 사용할 것
- 난임시술 전 부부 모두 난임의 원인에 대한 철저한 검사를 통해 내실 있는 시술이 이루어지도록 할 것
- ‘난임치료시술 지원결정 통지서’를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것

- 일반 환자에 비해 특별한 주사제 혹은 마취제, 시술 등을 사용하여 정부지원의 취지를 경감시키지 않을 것
- 일반 환자에 비해 어떠한 차별 대우도 하지 않을 것
- 난임시술비지원사업 안내를 위하여 상담실 운영 등의 방법으로 성실한 상담을 해줄 것
  - 병원에 반드시 '정부지원사업 안내' 홍보문을 붙이고 적극적으로 홍보하며, 난임진단 사유로 내원한 환자에게는 반드시 정부지원사업 안내를 하여 불이익을 받는 자가 발생하지 않도록 할 것
- 정부지원 난임환자의 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지말 것
- 정기적으로 시행할 정도관리와 질 관리 모니터링, 설명회 등에 필히 협조·참석 할 것
- 지정조건 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음
- 시술확인서, 청구 영수증 등 시술 증빙자료를 성실히 구비하여 보건소(청구기관)에 제출할 것(시술 종료일로부터 1개월 이내 청구)

## 7 • 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공

### 가. 난임·우울증상담센터

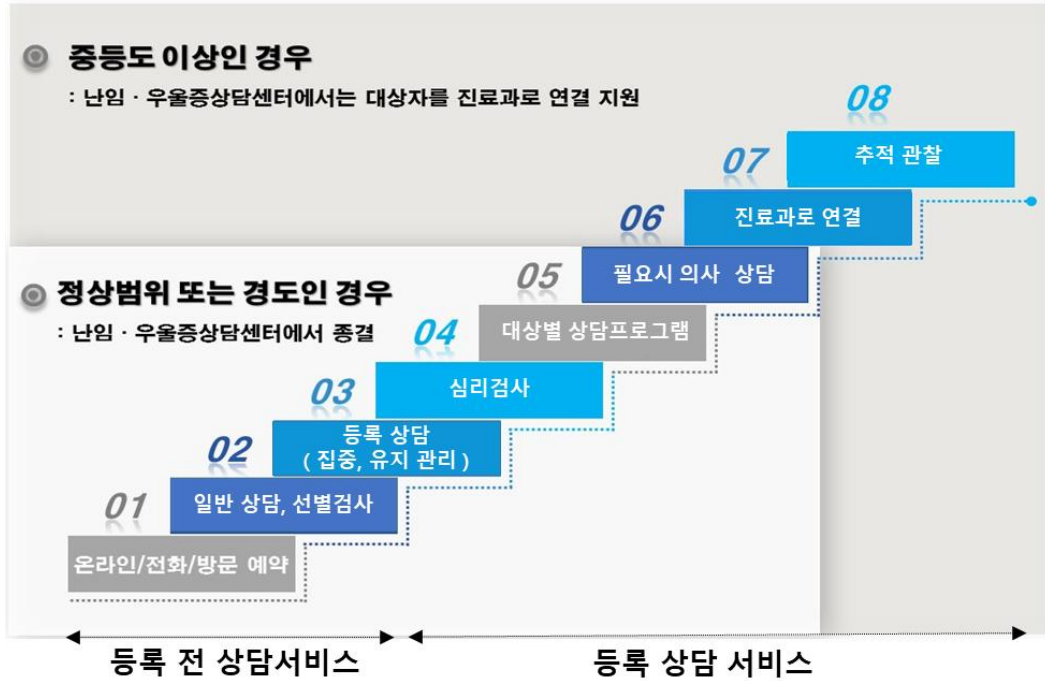
#### ● 난임환자 및 임신부 심리상담서비스 제공

| 구 분         |     | 내 용                                                           |
|-------------|-----|---------------------------------------------------------------|
| 대 상         |     | 난임부부, 임신부, 산모, 양육모, 그 배우자 및 가족 등                              |
| 상담문의 및 상담예약 |     | www.nmc22762276.or.kr<br>※ 중앙 및 권역 난임·우울증 상담센터 기관 안내 [표 1] 참조 |
| 상담 유형       | 대면  | 대상자나 가족 등이 직접 센터로 방문하여 대면상담,<br>대상자가 거주하는 연계기관으로 방문하여 상담      |
|             | 비대면 | 전화, 온라인, 영상으로 상담                                              |
| 상담시간        | 예약제 | (평일) 월~금 09:00 ~ 17:00                                        |
| 상담사         |     | 정신건강전문요원, 사회복지사, 임상심리사, 간호사                                   |

※ [표 1] 중앙 및 권역 난임·우울증 상담센터 기관 안내

| 구분       | 운영기관                       | 주소                                                                      | 전화                                           | 누리집                        |
|----------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| 중앙       | 국립중앙의료원                    | 서울 중구 을지로 245, 본관 2층                                                    | 02-2276-2276                                 | www.nmc22762276.or.kr      |
| 인천       | 의료법인<br>길의료재단 길병원          | 인천 남동구 남동대로774번길<br>14, 여성전문센터 1층                                       | 032-460-3269                                 | www.id-incheon.co.kr       |
| 대구       | 경북대학교병원                    | 대구 중구 달구벌대로 2167, 7층                                                    | 053-261-3375                                 | www.healthymom.or.kr       |
| 전남       | 의료법인<br>내일의료재단<br>현대여성아동병원 | 전남 순천시 장선배기1길 8, 3층                                                     | 061-901-1234                                 | www.hwc1234.co.kr          |
| 경기       | 인구보건복지협회<br>경기도지회          | 경기 수원시 팔달구<br>고화로14번길 11, 3층                                            | 031-255-3374                                 | www.happyfamily3375.or.kr  |
| 경북       | 경상북도<br>안동의료원              | 경북 안동시 태사2길 55                                                          | 054-850-6367                                 | happymoa.kr                |
| 서울       | 연세대학교의과대학<br>강남세브란스병원      | (강남센터) 서울 강남구 연주로<br>211, 2동 3층<br>(송파센터) 서울 송파구 송민로<br>66, 가든파이브 영관 8층 | (강남)<br>02-2019-4581<br>(송파)<br>02-6956-6248 | www.mindcare-for-family.kr |
| 경기<br>북부 | 동국대학교<br>일산불교병원            | 경기 고양시 일산동구 동국로 27                                                      | 031-961-8500                                 | happyfamily.dumc.or.kr     |

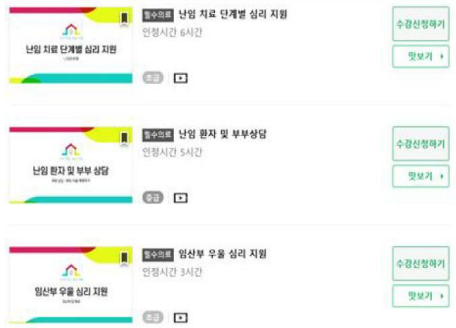
● 난임·우울증상담센터 단계별 상담서비스 안내



1. 선별검사 이후 등록 전 대상자의 우울증상 정도 및 알코올 사용 장애, 니코틴 의존도를 측정하기 위한 사전검사 실시, 일반상담(등록 전 상담)을 통해 지속 상담이 필요하다고 판단되는 경우 센터 등록 및 지속 상담을 진행함. 등록 전 대상자에 따라 필요한 연계기관, 기타 상담센터 등을 이용할 수 있도록 안내.
2. 등록 후 대상자의 우울, 불안, 스트레스 증상 등의 증상 및 정도를 측정하기 위한 심리검사 실시하며, 등록 상담제공. 또한 중앙센터에서 개발한 상담 프로그램을 이용한 집단 상담이나, 각 센터에서 자체적으로 실시하는 집단프로그램 (산림치유프로그램, 원예치유프로그램 등)에 참여할 수 있음.
3. 등록관리 중 정신병리가 의심되거나 정신건강의학과 전문의의 진단 및 평가가 필요한 경우 진료의뢰나 의사상담 서비스를 제공함. 또한 정신건강의학과 진료 의뢰 기준에 충족하는 의료급여 1·2종 및 중위소득 150% 이하에 해당자에게 의료비 중 본인부담금에 대한 의료비를 지원(1인 최대 30만원).

● 난임 및 임신부 정신건강 전문가 온라인 교육과정 운영

- 교육 대상 : 난임 및 임신부의 정신건강에 관심 있는 대상자
- 강의 과정 (총 3개과정, 16차시)
  1. 난임 치료 단계별 심리지원
  2. 난임 환자 및 부부 상담
  3. 임신부 우울 심리지원
- 교육 신청 : 국립중앙의료원 공공보건의료교육 훈련센터 홈페이지 ▶ 이러닝 (사이버 연수원) ▶ 이러닝 과정 ▶ 필수 의료 질 향상 ▶ 과정 신청 후 학습 가능(학습 누리집 : [edunmc.hunet.co.kr/home](http://edunmc.hunet.co.kr/home))

| 공공보건의료교육 훈련센터 홈페이지 화면                                                              | 교육과정                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |

## [참고자료 1]

### 난임 부부를 위한 우울증 설문 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

▶ 지난 2주 동안 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

|   | 문      항                                                           | 없음 | 2-6일 | 7-12일 | 거의 매일 |
|---|--------------------------------------------------------------------|----|------|-------|-------|
| 1 | 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없다고 느꼈다.                                     | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 2 | 평소 하던 일에 대한 흥미가 없어지거나 즐거움을 느끼지 못했다.                                | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 3 | 잠들기가 어렵거나 자주 깼다/ 혹은 너무 많이 잤다.                                      | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 4 | 평소보다 식욕이 줄었다/혹은 평소보다 많이 먹었다.                                       | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 5 | 다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느려졌다/혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아 있을 수가 없었다. | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 6 | 피곤하고 기운이 없었다.                                                      | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 7 | 내가 잘못 했거나, 실패했다는 생각이 들었다/혹은 자신과 가족을 실망시켰다고 생각했다.                   | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 8 | 신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에도 집중 할 수가 없었다.                         | ①  | ①    | ②     | ③     |
| 9 | 차라리 죽는 것이 더 낫겠다고 생각했다/혹은 자해할 생각을 했다.                               | ①  | ①    | ②     | ③     |

- 총점 10점 이상일 때 상담 필요
- 9번 항목에 ① ~ ③ 체크 한 경우 상담 필요
- 박승진, 최혜라, 최지혜, 김건우, 홍진표(2010). 한글판 우울증선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 신뢰도와 타당도. 대한불안학회지 6, 119-24

[참고자료 2]

**임산부를 위한 우울증 설문**  
(Korea version of Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS-K)

▶ 현재의 기분이 아니라, 지난 7일 동안의 기분을 가장 잘 표현한 대답에 표시해 주십시오.

|                                |                                                                                                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 나는 사물의 재미있는 면을 보고 웃을 수 있었다. | ① 예전과 똑같았다.<br>① 예전보다 조금 줄었다.<br>② 확실히 예전보다 많이 줄었다.<br>③ 전혀 그러지 않았다.                                                              |
| 2. 나는 어떤 일들을 기쁜 마음으로 기다렸다.     | ① 예전과 똑같았다.<br>① 예전보다 조금 줄었다.<br>② 확실히 예전보다 많이 줄었다.<br>③ 거의 그러지 않았다.                                                              |
| 3. 일이 잘못될 때면 공연히 자신을 탓하였다.     | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 자주 그러지 않았다.<br>② 가끔 그랬다.<br>③ 대부분 그랬다.                                                                         |
| 4. 나는 특별한 이유없이 불안하거나 걱정스러웠다    | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 거의 그러지 않았다.<br>② 가끔 그랬다.<br>③ 자주 그랬다.                                                                          |
| 5. 특별한 이유없이 무섭거나 안절부절 못하였다.    | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 거의 그러지 않았다.<br>② 가끔 그랬다.<br>③ 꽤 자주 그랬다.                                                                        |
| 6. 요즘 들어 많은 일들이 힘겹게 느껴졌다.      | ① 그렇지 않았고, 평소와 다름없이 일을 잘 처리하였다.<br>① 그렇지 않았고, 대개는 일을 잘 처리하였다.<br>② 가끔 그러하였고, 평소처럼 일을 처리하기가 힘들었다.<br>③ 대부분 그러하였고, 일을 전혀 처리할 수 없었다. |
| 7. 너무 불행하다고 느껴서 잠을 잘 수가 없었다.   | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 자주 그러지 않았다.<br>② 가끔 그랬다.<br>③ 대부분 그랬다.                                                                         |
| 8. 슬프거나 비참하다고 느꼈다.             | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 자주 그러지 않았다.<br>② 가끔 그랬다.<br>③ 대부분 그랬다.                                                                         |
| 9. 불행하다고 느껴서 울었다.              | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 가끔 그랬다.<br>② 자주 그랬다.<br>③ 대부분 그랬다.                                                                             |
| 10. 자해하고 싶은 마음이 생긴 적이 있다.      | ① 전혀 그러지 않았다.<br>① 거의 그러지 않았다.<br>② 가끔 그랬다.<br>③ 자주 그랬다.                                                                          |

- 총점 10점 이상일 때 상담 필요
- 10번 항목에 ① ~ ③ 체크 한 경우 상담 필요
- 김용구, 원성두, 최소현, 이승민, 임혜진, 김계현, 신영철(2005). 한국어판 Edinburgh Postnatal Depression Scale의 타당화 연구. 대한우울조울병학회, 3(1), 42-49



● 난임부부 상담서비스 안내

- 보건소 담당자는 난임부부 지원결정 통지서 발급 시, 신청자에게 심리상담 서비스 제공에 대하여 안내.
- 특히, 난임 부부를 위한 우울증 설문 (PHQ-9) 결과 10점 이상 혹은 9번 항목 ① ~ ③ 체크 한 경우 난임·우울증상담센터에 대한 정보를 제공하고 연계할 수 있도록 함.

[참고] 체외수정 시술 3번 이상 등 난임환자 우울 고위험군 확률이 높은 대상자에 대한 정보는 다음 자료에서 확인 가능

(난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계 고찰 및 개선 방안. 한국모자보건 학회지, 2020.)

## 나. 민간단체

- 기관명: (사)한국난임가족연합회 02-3431-3382
- 사업내용: 난임예방교육, 난임극복교육 등
- 난임상담: 1899-1806 (www.agaye.org)

## 8 기타 행정사항

### 가. 난임여성 프로게스테론 주사 지원

- 1) 목적 : 장기간 지속 투약이 필요한 착상보조주사제를 인근 주사시설이 가능한 민간의료기관 또는 보건소에서 투약 지원
  - 착상보조주사제 : 보조생식 시술 후 자궁착상 실패 또는 유산이 예상되는 난임 여성이 장기간 정해진 용량만큼 투약하는 프로게스테론 호르몬제로서 근육 내 직접 침습해야 하는 주사액을 의미
  - 일반원칙 : 투약기관의 접근성, 시술 부작용 발생 시 대응 가능 여부 등을 검토하여 주사제 투약 편의성이 확보될 수 있도록 조치
- 2) 주사 지원방식 : 투약하려는 민간의료기관 또는 보건소에서는 관련 주사제를 구비하고, 진찰 및 처방(조제) 후 주사제를 투여(의료법 제18조, 약사법 제23조)
  - 해당 난임 여성이 장기간 시술 의료기관에 내원하기 곤란하여, 거주지 인근 의료기관에서 투약하려는 경우, 시술 의료기관에서는 주사제명, 투약용량, 기간, 투약 시 유의사항 등이 적힌 진료의뢰서를 난임 여성에게 발급하고, 투약하려는 의료기관에 사전 예약 후 방문할 수 있도록 반드시 안내
  - 투약 가능한 의료기관 및 보건소는 난임 여성이 예약 후 방문 전까지 주사제를 구비할 수 있도록 조치하고, 방문한 난임 여성으로부터 진료의뢰서를 제출받은 후 진료, 처방 후 주사
  - 보건소에서는 관할지역 내 투약 가능한 의료기관의 명칭, 투약가능 일시(시간, 요일) 등을 현행관리, 시술 및 약제 비용 징수를 위한 조례 개정 등 조치

### 나. 난임관련 상담 전용창구(시설) 설치 운용

- 1) 목적(배경) : 난임상담 내역을 비공개하여 난임 당사자의 심리적 위축 및 프라이버시 침해 경감 유도
  - \* 국민 생활밀착형 일괄 제도개선 요청(국민권익위원회 사회제도개선과-2426, '19.12월)
- 2) 추진방향 : 보건소 각 상황에 맞게 별도 상담 전용시설을 마련하거나 신청 창구를 타 모자보건사업(임신·출산 등) 지원신청 창구와 분리 운영



## 난임부부 지원사업 (Q&A)

### ■ 지원신청 자격

Q

1. 가임기여성 연령기준은 어떤 근거인가요?

A

15~49세 기준은 UN에서 쓰는 국제 기준입니다.

Q

2. 체외수정 지정병원으로 지정받기 전에 민원인이 지원결정통지서를 가지고 시술한 경우

A

난임부부 정부지원사업은 지정된 시술기관에서 시술한 경우 지원이 가능하므로 위 경우 지원이 불가합니다.

Q

3. 오늘 혼인신고하고, 혼인신고 접수증 제출하였을 경우 난임부부 신청 가능한지?

A

혼인신고 처리기간을 고려하여 모든 조건을 충족할 경우, 지원결정 통지서 발급 가능. 단, 이후 혼인을 증명할 수 있는 서류는 추가로 제출해야 합니다.

Q

4. 난임지원 진단서는 지침에 있는 서식을 이용해야 하나요? 해당 전문의도 맞고, 난임이라고 나온 다른 진단서는 불가한가요?

A

반드시 지침의 진단서 양식을 사용해야 하며 정부에서 지정받은 시술기관에서 작성 하여야 합니다.

Q

5. 다른 나라의 영주권자(우리나라 국적 보유, 주민등록말소)와 외국인(미국국적) 부부가 건강보험 가입한 경우 난임부부 지원이 가능한가요?

A

영주귀국 신고를 하고 주민등록 생성·재등록 및 부부 모두 건강보험 가입, 보험료 고지 여부가 확인된 경우는 지원가능. 다만, 재외국민 주민등록자와 외국인(미국국적) 부부는 지원불가.

**Q** 6. 1차 지원결정통지를 받고 시술종료(1차신청 당시 부부 모두 건강보험가입) 후 남편만 영주권 취득하면서 건강보험 미가입 상태로 변경됨. 이 경우 1차 지원결정 근거로 2차 지원이 가능한가요?

**A** 불가. 지원기준이 부부 모두 건강보험 가입자여야 하므로 남편이 건강보험 가입할 경우 지원이 가능합니다.

**Q** 7. '19년 1월 해외 여행갔다가 2월에 국내 들어와서 건강보험 자격회복하고 건강보험 급여정지해제 후 2월에 바로 난임시술 하려고 합니다. '19년 1월 건강보험료는 "0"이고, 최근월분 확인되는 것은 '18년 12월분 보험료만 확인됩니다. '19년 2월분 고지금은 확인되지 않습니다. 이 경우 지원결정 해야 하나요?

**A** '19년 2월 건강보험료 고지금액 유무 확인 이후 신청 가능(입국하여 보험급여 정지 해제 후 고지된 납부확인서상의 고지금액)

**Q** 8. 남편 직장일로 해외거주. 건강보험가입자 자격정지됨. 난임시술을 위하여 일주일간 입국하였고 입국기간 동안 자격회복 후 건강보험 자격 정리 후 난임지원 신청 가능한가?

**A** 입국 후 건강보험 자격취득 및 보험급여 정지 해제 처리 후 첨부 서류를 모두 제출할 수 있다면 난임지원 신청 가능함.

**Q** 9. 남편이 해외 체류 중인 경우

**A** 부부가 모두 건강보험 가입자 이어야 하므로 남편의 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 기준에 부합하면 지원 가능합니다.

**Q** 10. 우리나라 거주하는 미군남편(건강보험가입 안됨)과 결혼한 한국인부인(건강 보험가입)이 난임부부 신청이 가능한가요?

**A** 불가. 부부모두 건강보험에 가입해야만 지원 가능함.

**Q** 11. 외국유학, 외국에서 소득활동중인 자가 난임부부 지원을 받기 위해서는 국내 입국 하여 건강보험료를 납부해야 하나요?

**A** 국내 입국하여 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험료가 확인되어야 합니다.

**Q** 12. 지원결정통지 후 시술은 받지 않은 상태에서 자연임신이 된 경우 철회하고 추 후 지원하면 되는 건가요?

**A** 지원결정통지서 유효기간(3개월) 이후 자동 소멸되므로 별도의 철회 없이 추후 새로이 신청 가능 함

## ■ 신청 접수

**Q** 1. 부부 주소지 다른 경우 신청 장소

**A** 부인 주소지 관할 시·군·구 보건소에 신청해야 됨

**Q** 2. 부인(외국인·A주소)과 남편(한국인·B주소)주소지가 각각 다를 경우 난임부부 신청을 어디에 해야 하나요?

**A** 배우자가(부인 또는 남편) 외국인일 경우는 주민등록번호가 있는 자(한국인)의 주소지에 난임 부부지원 신청을 하여야 합니다.  
 \* 다만, 부득이 사업 및 직장 등의 이유로 실질적 거주지가 주민등록번호의 주소지가 아닌 타 지역에서 난임시술을 받을 경우 관계서류 확인 후 신청가능  
 \* 부부 모두 한국인일 경우는 부인 주소지로 신청하는 것이 원칙임.

**Q** 3. A지역보건소에서 지원결정통지서 발급 후 타 지역으로 전출입 재신청해야 하는지?

**A** 재신청하지 않아도 됨. A보건소에서 발급한 지원결정통지서로 가능

**Q** 4. 1, 2차지원대상자가 외국인으로 주민번호가 6번으로 사용하다가 국적취득으로 인해서 주민번호를 취득함.

3차지원 신청시 어떻게 기입을 해야 될지 문의

**A** 현재 주민번호로 기입하여 지원결정통지서 발급하면 됨

**Q** 5. 1차 난임치료 지원신청시 의료급여 수급자였다가 2차 난임 치료 지원 신청시 건강 보험가입자가 됨.

이 경우 2차 난임치료 지원 신청시 서류제출 해야 하나요?

**A** 제출. 시술비 지원 신청시마다 선정기준에 따른 지원자격을 조사해야 함

**Q** 6. 1차 난임부부 지원받고 이혼함.

재혼후 난임시술비 지원 신청시 신규와 동일한 서류 제출해야 하나요?

**A** 네. 진단서 포함하여 제출해야 합니다.

**Q** 7. 체외수정시술 진단서 제출시 인공수정시술기관으로만 지정된 의료기관에서 체외 수정시술 진단서를 받아 제출해도 되는지?

**A** 인공수정 시술기관으로만 지정된 의료기관이기 때문에 체외수정시술 진단서 발급을 인정할 수 없음.

**Q** 8. 과거에 인공수정 지원 1회 후 체외수정시술 신청시 신청서류 별도로 받아야 하는지?

**A** 각각의 사업이므로 별도 신청

**Q** 9. 난임부부 신청시 관련 구비서류(신청인 신분증 포함) 모두 작성해서 가지고 왔을 경우 대리신청(시부모, 친정부모)이 가능한가요?

**A** 가능. 신청은 원칙적으로 난임부부가 하되, 불가피한 경우 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서(상세) 등)를 제출하여야 합니다.

**Q** 10. 오래전에 지원결정통지서를 발급받고 1차 시술 받지 않아서 재신청 대상인데 난임 진단서를 다시 제출해야하나요(난임 진단서의 유효기간)?

**A** 난임 진단서는 1차 신청시 제출한 내용을 최종 지원시까지 같음함

**Q** 11. 난임부부 지원사업 개인정보 제공동의서 제출은 신규나 기존 대상자 모두 받아야 하나요?  
기존대상자의 가족동의는 언제 가족 기준으로 받아야 하나요?

**A** 개인정보보호법 시행에 따라 제출 받아야 하므로 신규 뿐 아니라 기존 대상자도 개인정보 제공 동의서 받아야 함. 가족은 신청시점에 조사한 가족 기준의 동의서 제출 받으면 됨.

**Q** 12. 다른 남성과 재혼하였을 경우 지원횟수는 어떻게 적용되나요?

**A** 재혼하였더라도 지원횟수는 새로 적용되지 않습니다. 이전 지원횟수와 연계하여 회차 적용 됩니다.

## ■ 치료기간 및 시술 허용범위

**Q** 1. 2차 대상자인데, 시술 중 지원결정통지서 유효기간이 도래한 경우 시술비 지원이 되나요?

**A** 유효기간 내에 시술을 시작할 경우 시술비 지원 가능

**Q 2. 지원결정통지서 받았으나 유효기간이 경과된 경우**

**A** 3개월 경과시 지원신청을 다시 하여 자격재조사 후 지원결정통지서를 다시 발급 받아야 함

**Q 3. 난임부부 시술비 지원범위는?**

**A** 요양기관에서 발급한 체외수정시술비 및 인공수정시술비 진료비 계산서·영수증 (약제비 포함)에 기재된 급여 항목 중 일부 본인부담금, 전액본인부담금 및 비급여 항목 지원

**Q 4. 배아생성동의서 보관기간은?**

**A** 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제20조제4항에서 배아생성의료기관은 동의서를 10년간 보존하여야 한다고 규정하고 있습니다.

**■ 시술 및 시술비 지급**

**Q 1. 난임부부지원사업 시술비 지원기간은?**

**A** 약제 투여시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지입니다.

**Q 2. 난자공여시 기증자의 생식세포 채취를 위한 의료비 지원이 가능한가요?**

**A** 난임부부 정부지원금은 시술지원 신청자에 한함(기증자에 대한 시술지원 불가)

**Q 3. 체외수정시술비 지원시 혈액검사하여 혈액형, 호르몬, 성병 검사들을 실시한 경우 혈액검사비용도 지원되나요?**

**A** 시술기간에 발생되며, 건강보험이 적용되어 일부본인부담금이 발생한다면, 지원가능함.



**Q 4. 지원받는 통장계좌를 남편계좌로 해도 되나요?**

**A** 신청인이 부인이므로 부인계좌로 입금하는 것이 타당합니다. 단, 부득이 부인의 계좌로 입금하는 것이 어려울 경우 남편의 계좌로 입금하는 것은 가능합니다.

**Q 5. 추가로 처방받은 유산방지주사제, 착상유도주사제도 정부 지원에 포함 되나요?**

**A** 가능. 유산방지제와 착상유도제는 각 20만원까지 지원 가능합니다. 다만, 시술비 포함한 지원금은 각 시술별 상한액을 넘지 않아야 합니다.

**Q 6. 민간단체, 직장 등에서 시술비를 지원받을 경우 정부지원이 가능한가요?**

**A** 시술비를 지원받았다면 직장 등에서 지원받은 금액을 제외하고 신청 가능합니다. 단, 지원사업 지원범위와 중복되지 않는 비급여항목 등을 지원받았다면 제외 없이 신청할 수 있습니다.

**Q 7. 원외약제비 신청 시, 구비서류를 우편, 팩스, 이메일 등으로 제출하는 것이 가능한지?**

**A** 가능합니다.

**■ 난임치료시술기관 지정**

**Q 1. 정부지정 난임시술기관 신청서 제출처**

**A** 세종특별자치시 가름로 143, 세종타워 B 12층 보건복지부 출산정책과 (의료기관에서 직접 제출)

**Q 2. 정부지정 난임시술기관 업데이트**

**A** 난임시술기관 신규 지정 시 보건기관통합시스템 및 건강보험공단시스템에 반영을 위해 한국사회 보장정보원 및 건강보험심사평가원에 지정 현황을 통보하여 업데이트하고 있습니다.

### Q 3. 난임치료시술기관 지정 번호

A 체외수정의 경우 질병관리본부에서 지정받은 배아생성의료기관 지정번호와 동일한 '체외 수정시술기관 지정번호'가 시스템에 반영되어 있으며, 인공수정의 경우 "지정년도- 일련번호"의 형태로 지정되어 시스템에 반영되어 있음

※ 난임시술기관 확인 경로

보건복지부홈페이지→정보공개/사전정보공표→인구정책

## ■ 난임시술 가이드라인 개정 관련 Q&A

### Q 1. 개정가이드라인 적용 기준일자?

A 2015년 10월 1일부터 시작되는 인공/체외 수정 시술에 적용

- (진단서) '15.10.1일부터 인공/체외수정 진단서 발급하는 경우
- (시술확인서) '15.10.1일부터 시술이 시작되는 경우
- (이식배아수 적용) '15.10.1일부터 이식되는 배아 시술부터 적용

\* '15.10.1 이전에 냉동보관중인 동결배아는 '16.3.31.까지 시술의사의 판단에 따라 종전 가이드라인 적용 가능

### Q 2. 체외수정 진단서는 누가 발급해야 하나요?

A 체외수정 진단서는 정부지정 난임시술 의료기관의 시술 의사가 발급 합니다.

\* 비뇨기과 의사는 정부지원 난임시술 진단서를 발급하지 않습니다.

비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받았다면, 환자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 난임시술 진단서를 발급합니다.

예시1) 비뇨기과에서 정액검사한 경우 : 시술 대상자는 비뇨기과에서 발급한 정액 검사 결과서를 정부지정 시술기관(산부인과) 시술의사에게 제출하고 시술 의사가 검토 후 판단

예시2) 비뇨기과에서 남성요인(가이드라인 5번항목) 진단서를 발급받은 경우 : 비뇨 기과에서 발급한 일반 진단서를 지정 의료기관 시술의사에게 제출하고, 지정 의료기관은 여성요인에 대한 검사 후 최종 진단서 발급

### Q 3. 난임기간 산정시 사실혼 상태에서의 자연임신시도 기간도 포함할 수 있나요?

A 사실혼 관계에서 자연임신을 시도하였으나 임신이 되지 않은 경우도 난임기간으로 인정합니다 (피임기간은 제외).

**Q 4. 여성의 자궁난관조영술(HSG)을 대체할 수 있는 검사 방법은?**

- A**
- 시술 대상 여성이 시행한 복강경 검사 혹은 개복 검사 (Explo-laparotomy)를 통해 나팔관 통관 여부를 확인하였고 이를 진단서로 제출한 경우
  - 조영 물질을 이용하여 난관 통관을 초음파로 확인하는 방법인 HyCoSy (hysterosalpingo-contrast sonography) 실시하여 결과를 제출한 경우.  
(초음파상 결과를 영상으로 찍어 의무 기록지에 기록하여 확인 가능토록 하여야 함)  
※ 식염수만을 사용하는 난관 검사(SIS)는 인정 불가

**Q 5. 여성의 자궁난관조영술 검사를 생략할 수 있는 경우는?**

- A**
- 나팔관 질환 등으로 양측 나팔관을 절제한 경우 또는 나팔관 수술 후에도 양측 나팔관 폐쇄나 심한 유착으로 정상임신이 어렵다고 생각되는 경우 또는 남성요인 난임으로 체외수정 시술로만 임신이 기대시(의사의 소견서나 진단서를 제출)

**Q 6. 양측난관 절제 등으로 자궁난관검사를 생략할 수 있는 경우 추가검사는 필요 없는지?**

- A**
- 양측난관 절제 등으로 자궁난관검사를 생략한 경우 자궁상태 확인을 위해 자궁검사 (자궁초음파, 자궁경 등)는 반드시 실시하여야 합니다.

**Q 7. 기존에 정부지원 없이 자비로 인공수정 또는 체외수정 시술을 받은 여성이 정부 지원 대상으로 신규 신청할 경우 자궁난관조영술을 실시하여야 하는지?**

- A**
- 기존에 자궁난관조영술 검사를 실시한 적이 있으면 기존 검사결과서를 제출하시면 인정되며, 자궁난관조영술 검사를 이행한 적이 없으면 검사를 하여야 함.

**Q 8. 남성요인 난임으로 체외수정 시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 여성의 자궁 난관 조영술 검사를 시행하여야 하는지?**

- A**
- 자궁난관조영술 검사 대상 아님.

**Q 9. 난소기능 저하의 진단 기준은?**

**A** 아래 3가지 요인 중 2가지 이상에 해당하는 경우에 난소기능 저하로 진단하여 체외수정 시술을 지원할 수 있다.

① 난소기능 검사(Ovarian reserve test)결과 기능저하  
<난소기능 검사결과 비정상 기준>

- 1) 초기 난포기 질식 초음파상 양측 난소에 난포 수(Antral follicle count; AFC)가 6개 이하
- 2) AMH 검사결과 1.0ng/mL이하
- 3) FSH 12mIU/ml 이상

② POR(POOR OVARIAN RESERVE)의 위험인자

- 나이 40이상, 터너증후군(Turner syndrome), FMR1 premutation, 골반염증 (Pelvic infection), 난관손상(Tubal damage), 크리미디아 검사 양성 (Chlamydia antibody test; +), 자궁내막종(Ovarian endometrioma), 난소 낭종 수술력 (Ovarian surgery for ovarian cysts), 항암치료 (Chemotherapy, 특히, alkylating agent), 생리주기가 짧아짐 (Shortening of the menstrual cycle) 등

③ POR(POOR OVARIAN RESPONSE) 과거력

- 3개 미만의 growing follicles로 인하여 cycle이 취소되거나, 혹은 적어도 하루에 150 IU FSH 이상을 적용한 ovarian stimulation protocol 에서 3개 이하의 oocytes가 얻어지는 경우.
  - \* 예시1) AMH 검사결과 0.6ng/mL이하이면서, POR위험인자로 터너증후군인 자
  - \*\* 예시2) FSH 12 mIU/ml 이상이면서, POR과거력에서 난자가 3개 이하로 얻어진 경우

**Q 10. 최대 이식배아 수의 여성 연령에 대한 판단 기준은?**

**A** 배아 이식 여성의 연령 판단은 배아 이식일을 기준으로 주민등록상의 생년월일과 만나이를 기준으로 하여 판단합니다.

**Q 11. 35세 이상의 여성이 동결배아를 해동하여 이식할 경우 배양 일수가 다른 배아를 함께 이식할 경우 최대 이식배아 수는?**

**A** 배양일 기준 5~6일 배아와 2~4일 배아를 함께 이식할 경우에는 5~6일 배아의 이식 수 기준을 준용합니다.

- \* 예시) 여성연령 35세 이상, 보존중인 동결배아(5~6일 배양배아 1개, 2~4일 배양배아 4개) 일 경우 최대 이식 배아 수
- (5~6일 배양 배아 1개 + 2~4일 배양배아 1개 = 최대 2개) 또는 (2~4일 배양 배아 최대 3개) 이식 가능

**Q 12. 체외수정 시술 적응증에 해당하는 착상전 유전진단의 기준?**

- A** 생명윤리법시행령 제21조 별표3 및 보건복지부 고시에 의거 배아를 대상으로 유전자 검사 할 수 있는 유전질환이 있는 경우(Preimplantation genetic diagnosis, PGD)에 한 합니다.  
\* 착상 전 유전 선별검사 (Preimplantation genetic screening, PGS)는 체외수정 시술 적응증에 해당하지 않음.

**Q 13. 체외수정 진단서 상 난임의 원인이 ‘원인불명 난임’인 경우 체외수정 필요사유 부분은 어떻게 선택할 수 있는지?**

- A** 원인불명 난임으로 진단된 경우 체외수정 필요사유의 ‘3.원인불명 난임’을 선택하거나, 2-2 배란유도 기왕력, 2-3 인공수정 기왕력이 있는 경우도 선택 가능합니다.

**Q 14. 체외수정 가이드라인의 남성요인(5번 항목) 진단서는 어디서 발급하는지?**

- A** 남성요인(5번 항목)에 대한 진단서는 비뇨기과에서 발급합니다.  
시술 대상자는 비뇨기과에서 발급받은 일반 진단서를 난임시술 지정 의료기관의 시술의사에게 제출하여야 합니다  
\* 비뇨기과에서 발급하는 진단서는 정부 지정 진단서 양식이 아닌 일반 진단서 양식으로 발급하시면 됩니다.

**Q 16. 비뇨기과에서 남성 요인(체외수정 가이드라인 5번항목)으로 진단받은 경우 정액검사가 필요한지?**

- A** 비뇨기과에서 체외수정 가이드라인 남성 요인 (제 5항목)으로 진단받아 진단서를 제출한 경우 정액검사를 생략할 수 있음  
\* 단 비뇨기과의 남성요인 진단서 발급 날짜를 정액검사 날짜로 대체하여 기재.

**Q 17. 정액검사결과서의 유효기간은?**

- A** 인공수정 및 체외수정 진단일 기준 6개월 이내 검사결과서로 인정

**Q 18. 남성 측 난임요인은 어떻게 진단하나요?**

- A**
- 첫번째로 시행한 정액검사에서 2010년도 WHO 기준에 따라 정자의 수(정자밀도)나 운동성에 이상이 있는 경우 2~7일의 금욕기간을 가진 후 정액검사를 반복합니다.
  - 반복 정액검사에서도 이상이 있는 경우 신체검사를 시행하여 정계정맥류 유무를 확인해야 합니다.

**Q 19. 남성검사 결과 어떤 경우에 비뇨기과로 의뢰해야 하나요?**

- A**
- ① 반복 시행한 정액검사서 정자의 수나 운동성에 이상이 있으며 신체검사서 정계 정맥류가 확인된 경우 비뇨기과로 의뢰하여야 합니다. 단, 아래 요건에 해당하는 경우 정계정맥류 제거술 없이 보조생식술을 시행할 수 있습니다.

- 여성 연령 35세 이상
- 양측난관 폐쇄, 난소기능 저하 등 보조생식술을 시행하여야 하는 여성요인이 있는 경우

- ② 정액검사서 무정자증인 경우 비뇨기과로 의뢰해야 합니다.

**Q 20. 정액검사 결과 정액에 문제가 있어 보조생식술이 필요할 경우 진단서에 어떻게 기재해야 하는지?**

- A**
- ① 난임의 원인으로 ‘남성요인’ 선택
    - \* 시술의사는 인공수정 또는 체외수정 시술 여부 판단
  - ② 시술방법 결정
    - 인공수정 시 (필요 사유 2번 남성요인 선택 후 2-1 선택, 여백에 상세사유 기재)
    - 체외수정 시 (필요 사유 1번의 1-5기타 선택 후 상세사유 기재)

**Q 21. 남성요인의 정관절제술 후 상태(5-2)에서 어떠한 경우에 정관문합술을 실패한 경우로 판단하는지?**

- A**
- 정관문합술의 실패는 개통 실패를 의미합니다. 수술 후 3개월 이내 사정액에서 정자가 검출되지 않거나, 처음에는 정자가 검출되었으나 나중에 추가 정액검사를 시행하였을 때 사정액에서 정자가 검출되지 않는 경우를 말합니다.
- 이러한 경우 보조생식술을 시행하지 말고 재수술을 시행해야 합니다.
  - 재수술을 하였음에도 불구하고 정자가 검출되지 않는 경우 (개통 실패)나 정자가 출현해도 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조생식술 시행을 권장합니다.

**Q 22. 시술확인서 상 총 시술비의 기준은?**

**A** 총 시술비는 환자가 부담하는 의료비를 파악하기 위함으로 급여부분의 일부본인부담금, 전액 본인 부담금과 비급여 의료비를 합한 금액으로 기재합니다.

**Q 23. 시술확인서의 '시술기간' 및 '시술결과 임신 여부'란에 화학적 임신의 경우 초음파 검사일자를 반드시 기재해야 하는지?**

**A** 시술확인서에 임신인 경우 초음파로 임신낭을 확인한 날짜를 시술종료일로 기재.  
단, 화학적 임신의 경우는 혈액검사 결과 양성(임신)으로 나왔으나 여러번의 혈액 검사 결과 수치가 점점 떨어져 의사판단하에 초음파 검사를 하지 않았다면 '시술결과 임신 여부'란의 화학적 임신에 표시하고 '시술기간'에는 혈액검사일자를 시술종료일로 기재.

※ 화학적 임신의 경우 혈액검사 결과 양성인 상태로 수치의 변화가 없어 자궁내의 상태를 확인하기 위해 초음파를 실시하는 경우는 '시술 결과 임신여부'란에 화학적 임신에 체크하고 '시술기간'에는 초음파 검사일자를 시술종료일로 기재

**■ 19년 7월 확대 관련 Q&A**

**Q 1. 보건소에서 신선 5회차 받은 경우 (19.6월 전 모두 받음) 7.1일 부터 추가지원 어떻게 되나요?**

**A** 신선 4회 + 동결 3회(=신선1회)로 받았으므로 총 신선5회를 19.6.30일전에 보건소에서 받았고, 19.7.1일 부터 신선 3회, 동결 2회 추가지원 가능 (단 건강보험 적용횟차 차감시 인정)

**Q 2. 종전 신선4회 + 동결3회(=>신선1회)로 총 신선5회를 사용한 경우 추가 신선 3회 지원시 지원회차가 8회까지 지원되는데 어떻게 발급해야 할지?**

**A** 위의 경우 신선 3회 추가지원에 따라 8회차까지 결정통지서 발행함.

**Q 3. 보건소에서 동결 7회차 받은 경우(19.6월 전 모두 받음) 7.1일 부터 추가지원 어떻게 되나요?**

**A** 신선 4회(=동결4회) , 동결 3회로 19.6.30일전에 총 7회 동결지원을 보건소에서 받았으므로 19.7.1일 부터 신선 3회, 동결 2회 추가지원 가능 (단 건강보험 적용횟차 차감시 인정)

## ■ 22년 확대 관련 Q&A

**Q** 1. 2021년에 지원결정통지서를 발급받고, 2022년에 시술을 시작한 경우 지원금 상한액은 어떻게 되나요?

**A** 발급된 지원결정통지서상 지원금 상한액대로 지원합니다. 2021년에 지원결정통지서를 발급 (신선배아 6차, 지원한도 90만원) 받고 2022년 시술을 시작하였다면, 90만원 한도 내에서 지원합니다.

## ■ 사실혼 확인 관련

**Q** 1. 사실혼 부부 중 한명은 건강보험 가입자이고, 다른 한명은 건강보험 가입자가 아닌 경우에도 난임부부 시술비 지원이 가능한가요?

**A** 사실혼 부부 모두 건강보험 가입이 되지 않으면, 보건소에서 사실상 혼인관계를 확인할 수 없습니다. 다만, 사실혼 부부 중 한명은 건강보험 가입자이고, 다른 한명이 국가유공자로서 건강보험가입의무자가 아니거나 국가유공자로서 의료급여 수급자인 경우 예외적으로 신청 가능합니다.

**Q** 2. 사실혼 난임시술자로 건강보험 시술 회차를 모두 사용하여 비급여로 시술하려고 합니다. 지원결정통지서를 발급해 줄 수 있나요?

**A** 보건소에서 사실상 혼인관계임을 확인해 주는 용도로 발급하는 지원결정통지서는 건강보험 급여적용 및 정부지원사업 대상 여부를 확인하기 위해 발급하는 것이므로 비급여 시술자에 대한 지원결정통지서 발급은 불가합니다.



■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제1호]

(앞면)

난임부부 시술비 지원 신청서

|                     |                                                                                                                                                                                              |                   |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 신청인<br>(난임 부부 중 여성) | 성명                                                                                                                                                                                           | 주민등록번호 또는 외국인등록번호 |
|                     | 주소                                                                                                                                                                                           |                   |
|                     | 전화번호                                                                                                                                                                                         | E-mail            |
| 배우자                 | 성명                                                                                                                                                                                           | 주민등록번호 또는 외국인등록번호 |
|                     | 주소                                                                                                                                                                                           |                   |
|                     | 전화번호                                                                                                                                                                                         | E-mail            |
| 시술 종류 및 차수          | 시술 종류<br><input type="checkbox"/> 신선배아 <input type="checkbox"/> 동결배아 <input type="checkbox"/> 인공수정                                                                                           | 시술 회차             |
| 인적사항 확인             | 신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부<br><input type="checkbox"/> 건강보험 직장가입자 <input type="checkbox"/> 건강보험 지역가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여 수급자<br><input type="checkbox"/> 미가입(사실혼 대상자의 건강보험적용에 한함) |                   |
|                     | 배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부<br><input type="checkbox"/> 건강보험 직장가입자 <input type="checkbox"/> 건강보험 지역가입자 <input type="checkbox"/> 의료급여 수급자<br><input type="checkbox"/> 미가입(사실혼 대상자의 건강보험적용에 한함) |                   |

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 첨부서류 | 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출)<br>2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부)<br>3. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서(상세) 1부<br>4. 주민등록등본 및 가족관계증명서(상세) 당사자별 각 1부(사실혼의 경우)<br>5. 개인정보 제공동의서 1부<br>6. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우)<br>7. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우)<br>* 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인증명서를 제출<br>8. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부<br>* 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- ※ 유의사항 : 1) 허위 기재 시 지원대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.  
 2) 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.  
 3) 첨부서류 2~4의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다.  
 4) 보건복지부에서는 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

## 난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

(뒷면)

난임부부지원사업 시술비 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험 공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- ☐ 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
  - ☐ 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
  - ☐ 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - ☐ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
- ☐ 난임부부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 시술확인서 내용(시술 병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간, 난자채취일, 채취난자수 등), 혼인관계, 출생아의 출생·성장 관련 현황 등
  - ☐ 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- ☐ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
- ☐ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
  - ☐ 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
  - ☐ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
  - ☐ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
  - ☐ 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - ☐ 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - ☐ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- ☐ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

| 성 명 | 개인정보<br>수집 및 이용                                                  | 고유식별정보 처리                                                        | 민감정보 처리                                                          | 업무위탁에 따른<br>개인정보 처리                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|     | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|     | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|     | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|     | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

본인은 “시술비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20    년    월    일

|        |     |          |
|--------|-----|----------|
| 동의자 성명 | 관 계 | 동의확인(서명) |
|        |     | (인)      |
|        |     | (인)      |
|        |     | (인)      |
|        |     | (인)      |

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모

※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제2호]

진 단 서 (체외수정시술 지원 신청용)

|                                                                                                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 수진자<br>성명                                                                                                            | 아 내 | 주민등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 법률혼<br>여부         | <input type="checkbox"/> 법률혼<br><input type="checkbox"/> 법률혼 아님<br>(사실혼) |
|                                                                                                                      | 남 편 | 연락처                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                   |                                                                          |
|                                                                                                                      |     | 주민등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                   |                                                                          |
|                                                                                                                      |     | 연락처                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                   |                                                                          |
| 난임의 원인<br>(다중선택 가능)                                                                                                  |     | <input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 배란기능장애 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 난관요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 자궁내막증<br><input type="checkbox"/> 원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) <input type="checkbox"/> 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                   |                                                                          |
| 필수검사 시행<br>(모두 체크)                                                                                                   |     | <input type="checkbox"/> 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자:    년    월    일)<br>※ 정액검사 예외 <input type="checkbox"/> 4번 남성요인 항목에 대한 비뇨기과 진단서 별도 제출한 경우 <input type="checkbox"/> 냉동배아, 냉동정자로 사술하는 경우<br>(진단서 발급일자: 20    년    월    일)<br><input type="checkbox"/> 자궁 및 난관검사(검사일자:    년    월    일)<br>■ 검사방법 <input type="checkbox"/> HSG, <input type="checkbox"/> HyCoSy, <input type="checkbox"/> 복강경 검사 <input type="checkbox"/> 개복수술력<br>※ 난관검사 예외 <input type="checkbox"/> 양측나팔관 폐쇄 또는 절제, 심한 유착으로 인한 나팔관 기능 부전 진단서를 제출하여 나팔관<br>검사 없이 자궁 검사만 실시한 경우 <input type="checkbox"/> 난소기능 저하 등 여성원인으로 체외수정이 반드시 필요한 경우<br><input type="checkbox"/> 남성요인(무정자 등) 난임으로 체외수정시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 <input type="checkbox"/> 조경제알라지반응 등<br>(자궁 검사명:    , 검사일자: 20    년    월    일)<br><input type="checkbox"/> 정상 배란 유무 (검사일자:    년    월    일)<br>* 기타검사(    ) <input type="checkbox"/> 진단복강경, <input type="checkbox"/> 자궁내시경검사, <input type="checkbox"/> 호르몬검사 )                                                                                                                      |  |                   |                                                                          |
| 필수검사 결과<br>의학적 소견<br>(타기관 검사포함)                                                                                      |     | ① 정액 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상<br>② 자궁난관 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상<br>③ 배란 기능 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |                                                                          |
| 체외수정 필요사유<br>(의학적 기준<br>가이드라인)<br>* 중복 선택 가능                                                                         |     | 1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우<br><input type="checkbox"/> 1-1 양측 난관 폐쇄 (피임시술로 인한 폐쇄 제외) <input type="checkbox"/> 1-2 중증 자궁내막증<br><input type="checkbox"/> 1-3 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 1-4 착상전 유전진단이 필요한 경우<br><input type="checkbox"/> 1-5 기타 (상세 사유:    )<br>2. 체외수정시술 이외 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우<br><input type="checkbox"/> 2-1 난관 성형술 기왕력 <input type="checkbox"/> 2-2 배란 유도 기왕력 <input type="checkbox"/> 2-3 인공 수정 기왕력<br><input type="checkbox"/> 2-4 기타 (상세 사유:    )<br>3. 원인 불명 난임(정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견)<br><input type="checkbox"/> 3-1-1 여성연령 35세 미만이나 3년 이상 임신되지 않은 경우<br><input type="checkbox"/> 3-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이나 1년 이상 임신되지 않은 경우<br>4. 남성 요인<br><input type="checkbox"/> 4-1 저성선자극호르몬성 성선기능저하증 진단 후 24개월 이상 호르몬 치료한 경우<br><input type="checkbox"/> 4-2 정관절제술에 대한 수술적 치료 후 지속되는 난임<br><input type="checkbox"/> 4-3 정계정맥류 진단 치료 후 1년 이상 지속되는 난임<br><input type="checkbox"/> 4-4 폐쇄성 무정자증 진단 및 수술적 치료 후 지속되는 난임<br><input type="checkbox"/> 4-5 비폐쇄성 무정자증 진단 후 고환 조직 검사에서 정자가 발견된 경우<br>5. 기타사유 (    ) |  |                   |                                                                          |
| 임신시도 기간<br>(피임기간제외)                                                                                                  |     | <input type="checkbox"/> 1년 ~2년 <input type="checkbox"/> 2년 ~ 3년 <input type="checkbox"/> 3년 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |                                                                          |
| 이전 보조생술 이행 여부<br>(타병원 시술 포함)                                                                                         |     | <input type="checkbox"/> 있음<br><input type="checkbox"/> 인공수정(    )회, <input type="checkbox"/> 체외수정(    )회 <input type="checkbox"/> 없음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |                                                                          |
| 체외수정<br>시술기관<br>지정번호                                                                                                 |     | 의료<br>기관명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 전화                |                                                                          |
|                                                                                                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | FAX               |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 기존 진료받은 환자가 지원 신청을 위해 진료기록부 등에 따라 발급한 경우로 진단 연월일                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 20    년    월    일 |                                                                          |
| 위와 같이 확인합니다.<br>20    년    월    일<br>의사면허번호:    과    번<br>전문의자격번호:    기관명:    (직인)<br>담당의사:    (서명)<br>시·군·구 보건소장 귀하 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |                                                                          |

## ■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제3호]

## 진 단 서(인공수정시술 지원신청용)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                   |           |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
| 수진자<br>성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 아내 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 주민등록번호 |                   | 법률훈<br>여부 | <input type="checkbox"/> 법률혼<br><input type="checkbox"/> 법률혼 아님<br>(사실혼) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 연락처    |                   |           |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 남편 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 주민등록번호 |                   |           |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 연락처    |                   |           |                                                                          |
| 난임의 원인<br>(다중선택 가능)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | <input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 배란기능장애 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 난관요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 자궁내막증<br><input type="checkbox"/> 원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) <input type="checkbox"/> 기타( )                                                                                                                                                                                                          |        |                   |           |                                                                          |
| 필수검사 시행<br>(모두 체크)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자 :      년      월      일)<br><input type="checkbox"/> 자궁 및 난관검사 (검사일자:      년      월      일)<br>■ 검사방법 : <input type="checkbox"/> HSG, <input type="checkbox"/> HyCoSy, <input type="checkbox"/> 복강경 검사 <input type="checkbox"/> 개복수술력<br><input type="checkbox"/> 정상 배란 유무 (검사일자 :      년      월      일)<br>* 기타검사( <input type="checkbox"/> 진단복강경, <input type="checkbox"/> 자궁내시경검사, <input type="checkbox"/> 호르몬검사 )                   |        |                   |           |                                                                          |
| 필수검사 결과<br>의학적 소견<br>(타기관 검사포함)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | ① 정액 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상<br>② 자궁난관 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상<br>③ 배란 기능 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                   |           |                                                                          |
| 인공수정 필요 사유<br>(의학적 기준 가이드라인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | 1. 원인불명 난임 (정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견)<br><input type="checkbox"/> 1-1-1 여성연령 35세 미만이면서 1년 이상 자연임신 되지 않은 경우<br><input type="checkbox"/> 1-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이면서 6개월 이상 자연임신 되지 않은 경우<br>2. 남성요인<br><input type="checkbox"/> 2-1 정계정맥류가 없는데도 정액 검사 이상 소견 확인<br><input type="checkbox"/> 2-2 사정 장애 등 기타 이유( )<br>3. 자궁내막증<br><input type="checkbox"/> 3-1 자궁내막증 수술 후 자연임신 시도 6개월 이상 경과<br><input type="checkbox"/> 3-2 임상적으로 의심되는 자궁내막증을 동반하면서 자연임신 시도 1년 이상 경과<br>4. 기타사유 ( ) |        |                   |           |                                                                          |
| 임신 시도 기간<br>(피임기간 제외)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | <input type="checkbox"/> 6개월 ~ 1년 <input type="checkbox"/> 1년 ~ 2년 <input type="checkbox"/> 3년 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                   |           |                                                                          |
| 이전 보조생식술 이행 여부<br>(타병원 시술 포함)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | <input type="checkbox"/> 있음<br>■ 인공수정( )회,    ■ 체외수정( )회                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                   |           | <input type="checkbox"/> 없음                                              |
| 인공수정<br>시술기관<br>지정번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 의료<br>기관명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | 전화                |           |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | FAX               |           |                                                                          |
| □ 기존 진료받은 환자가 지원 신청을 위해 진료기록부 등에 따라 발급한 경우로 진단 연월일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | 20    년    월    일 |           |                                                                          |
| <div style="text-align: center;">위와 같이 확인합니다.<br/>20    년    월    일</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           의사면허번호 :<br/>           전문의자격번호 :<br/>           담당의사 :         </div> <div>           과<br/>           (서명)         </div> <div>           번<br/>           기관명         </div> <div>           (직인)         </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">시·군·구 보건소장 귀하</div> <p>* 진단의사는 난임진단 전 여성의 배란기능을 검사하고 반드시 자궁 및 난관 검사결과 및 남성의 정액검사결과지를 확인한 후 진단서를 발급하여야 함</p> |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                   |           |                                                                          |

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제4호]

일련번호 20 - 호

난임부부 시술비 지원결정통지서

발급일자

20 . . . (요일)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      |       |          |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------|----------|--------------------------------------------------------------|
| 주 소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      | 연락처   | (자택)     |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      |       | (휴대폰)    |                                                              |
| 성 명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 부인                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 생년월일 | 년 월 일 | 혼인<br>관계 | <input type="checkbox"/> 법률혼<br><input type="checkbox"/> 사실혼 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 남편                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 생년월일 | 년 월 일 |          |                                                              |
| 시술종류<br>및<br>지원한도액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ▶ 신선( <input type="checkbox"/> 110만원 <input type="checkbox"/> 90만원 <input type="checkbox"/> 기타( ))<br>▶ 동결( <input type="checkbox"/> 50만원 <input type="checkbox"/> 40만원 <input type="checkbox"/> 기타( ))<br>▶ 인공( <input type="checkbox"/> 30만원 <input type="checkbox"/> 20만원 <input type="checkbox"/> 기타( ))<br>▶ 해당사항 없음 (사실혼 부부로서 건강보험 급여 적용만)<br>( <input type="checkbox"/> 신선, <input type="checkbox"/> 동결, <input type="checkbox"/> 인공) |  |      |       | 회차       | ( )차                                                         |
| 유효기간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20 년 월 일 ~ 월 일까지<br>* 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우 자동 효력 상실(재신청을 통해 지원결정통지서 재발급 필요)<br>* 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일이 지원결정통지서 유효기간 종료일보다 선행할 경우 해당 통지서의 유효기간 종료일은 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일로 함                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |      |       |          |                                                              |
| 위와 같이 시술을 의뢰합니다.<br>시·군·구 보건소장 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">직인</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      |       |          |                                                              |
| <p><b>〈준수사항〉</b></p> <p>※ 지원 대상자</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 지원대상자는 원칙적으로 난임시술 의료기관을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 미리 제출하여야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다.</li> <li>② 시술비는 1회 시술비 지원 한도액 범위내에서 본인부담금(일부·전부)의 90%, 비급여(착상유도제, 유산방지제 각 20만원 및 배아동결비 30만원 한도)에 대하여 지원이 됩니다.</li> <li>③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서 자유롭게 시술을 받되, 지원결정통지서 유효기간 내에 시술을 시작하여야 합니다. 유효기간이 경과한 경우, 반드시 새로운 결정통지서를 발급받아 시술기관에 재제출하여야 시술비를 지원 받을 수 있습니다.</li> <li>④ 지원결정통지서의 시술종류와 다른 방법으로 시술받고자 하는 경우(예: 신선→인공), 시술을 중단하거나 시술도중 시술기관을 변경할 경우는 지원결정통지서를 발급한 보건소에 알려야 합니다.(시술비 신청 시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부)</li> <li>⑤ 시술 의료기관이 아닌 인근 의료기관에서 프로게스테론 주사제를 투약하려는 경우, 거주지 관할 보건소에 문의하여, 투약 가능한 의료기관의 안내 및 투약절차 등을 안내받을 수 있습니다.</li> </ol> <p>※ 지정 의료기관</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 시술지정기관은 모든 시술대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 정부 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 시술을 시작하여야 합니다.</li> <li>② 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 난임시술을 실시했더라도 정부지원금을 청구할 수 없습니다.</li> <li>③ 부작용 등 경증 및 중등증 이상의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 정부지원시술비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다.</li> <li>④ 시술기관은 난임치료시술을 제공함에 있어 동사업 지침을 준수하지 않거나 지정기관으로서의 기능이 상실되거나 부적합한 경우 지정기관에서 제외될 수 있습니다.</li> <li>⑤ 시술기관 통계 관리를 위해 시술이력을 건강보험심사평가원에 제공하는 등 모니터링에 적극 협조하여야 합니다.</li> <li>⑥ 사실상 혼인관계인 당사자의 시술을 수행한 후, 반드시 ‘요양기관 정보마당’에 사실혼 표기 입력 후 비용을 청구하여야 합니다.</li> </ol> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      |       |          |                                                              |

## ■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제5호]

(앞면)

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                   |                |            |          |          |    |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|------------|----------|----------|----|-------------|
| 일련 번호                                                                                                                                                                             | 20 - 호                                                                                                                                                                        |                   | 체외수정 시술확인서     |            |          |          |    |             |
| 시술 종류 및 차수                                                                                                                                                                        | [ ] 신선배아 [ ] 동결배아 / ( ) 차                                                                                                                                                     |                   |                |            |          |          |    |             |
| 수진자 성명<br>(여성)                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                               |                   | 주민등록번호         |            |          |          |    |             |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                   | 연락처            |            |          |          |    |             |
| 건강보험 적용<br>시술종류 및 차수                                                                                                                                                              | [ ] 신선배아 [ ] 동결배아 / ( ) 차                                                                                                                                                     |                   |                |            |          |          |    |             |
| 시술기간<br>[약제 투여일] → [임신반응/<br>임신낭 확인일, 시술중단일]                                                                                                                                      | 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일                                                                                                                                                           |                   |                |            |          |          |    |             |
| 임신반응 검사일                                                                                                                                                                          | 20 년 월 일, hCG 수치 :                                                                                                                                                            |                   |                |            |          |          |    |             |
| 시술 결과 임신 여부                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 자궁내 임신 (초음파 임신낭 확인일 년 월 일)<br><input checked="" type="checkbox"/> 임신낭 개수 _____ 개 (자궁내임신시 필수)<br>※ 임신한 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됨              |                   |                |            |          |          |    |             |
|                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 임신실패 <input type="checkbox"/> 자궁외 임신 <input type="checkbox"/> 화학적임신 <input type="checkbox"/> 치료도중 자연임신 <input type="checkbox"/> 기타 : _____           |                   |                |            |          |          |    |             |
| 시술 중단                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> OHSS <input type="checkbox"/> 의학적판단(사유 : _____)<br><input type="checkbox"/> 의학적판단 외 개인사정 <input type="checkbox"/> 수정실패 |                   |                |            |          |          |    |             |
| 시술 비용 (단위 : 원)                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                               |                   |                |            |          |          |    |             |
| 총 시술비<br>(A+C+D)                                                                                                                                                                  | 일부본인부담금<br>(A)                                                                                                                                                                | 보험자(공단)부담금<br>(B) | 전액본인부담금<br>(C) | 비급여<br>(D) |          |          |    | 보건소<br>청구비용 |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                   |                | 유산<br>방지   | 착상<br>보조 | 동결<br>보관 | 기타 |             |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                   |                |            |          |          |    |             |
| 체외수정<br>시술기관<br>지정번호                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                               | 의료<br>기관명         |                | 전화         |          |          |    |             |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                   |                | FAX        |          |          |    |             |
| <p>위와 같이 정부지원 체외수정시술을 시행하였음을 확인합니다.</p> <p>20 년 월 일</p> <p>의사면허번호 : _____ 번 전문의자격번호 : _____ 과 _____ 번</p> <p>담당의사 : _____ (서명 또는 날인) 시술기관대표 : _____ (직인)</p> <p>시·군·구 보건소장 귀하</p> |                                                                                                                                                                               |                   |                |            |          |          |    |             |

(뒷면)

### 시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 접수가 불가합니다)
  2. 건강보험이 적용되는 시술(횟수의 차감)에 대해서만 지원이 가능합니다. 해당 시술의 건강보험 적용 시술종류 및 회차를 표시하여주시기 바랍니다.(난자 채취결과 공란포 등으로 채취되지 않은 경우 건강보험 급여는 일부 적용되나, 시술차수가 차감되지 않으므로 정부지원 불가합니다.)
  3. 시술 기간의 시작일은 약제 투여 시작일 즉, GnRH agonist, gonadotropin, clomiphene citrate, aromatase inhibitor, estradiol valerate 등 과배란유도 시작일을 기입합니다. 자연주기법을 시도한 경우에는 시술주기의 생리 3일째를 시작일로 기입합니다.(시술 기간의 시작일은 지원결정통지서 발급일과 같지 않아도 되나, 정부지원금은 통지서 발급일 이후 발생한 비용부터 지원 가능합니다.)
  4. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우(자궁외 임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.
  5. 임신반응검사 : 배아이식 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 혈중  $\beta$ -hCG 수치를 기입합니다.
  6. 임신여부 : '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 화학적 임신, 즉 혈액 검사로는 임신반응이 양성이었으나 임신낭을 확인하지 못한 경우 '화학적 임신'란에 표시하시기 바랍니다. '자궁내 임신'인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다.
  7. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.
  8. 체외수정시술기관 지정번호 : 체외수정시술기관 지정번호를 기입합니다. 인공수정시술지정기관 코드를 기입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.
  9. 총 시술비용은 일부분인부담금, 비급여 의료비와 급여부분의 환자 전액본인부담액을 기재하여 주시기 바랍니다(총 시술비용은 난임부부 시술비 지원통지서 발급일로부터가 아닌, 전체 시술 기간에 발생한 비용을 기재합니다.)
- 〈주의〉 시술 확인서 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다.  
기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.
10. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.

## ■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제6호]

(앞면)

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    |            |          |          |             |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|------------|----------|----------|-------------|----|
| 일련 번호                                                                                                                                                              | 20 - 호                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | 인공수정 시술확인서         |            |          |          |             |    |
| 시술 종류 및 차수                                                                                                                                                         | 인공수정 / 차                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 수진자 성명<br>(여성)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 주민등록번호                |                    |            |          |          |             |    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 연락처                   |                    |            |          |          |             |    |
| 건강보험 적용<br>시술종류 및 차수                                                                                                                                               | 인공수정 / ( ) 차                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 시술명                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 자연주기<br><input type="checkbox"/> 배란유도( <input type="checkbox"/> 주사제제 단독 <input type="checkbox"/> 경구제제 단독 <input type="checkbox"/> 경구제 + 주사제 병용)<br><input type="checkbox"/> 정자공여                                                                                             |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 시술 결과                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 시술기간                                                                                                                                                               | 년 월 일 (약제 첫투여일 또는 월경 제3일, 통지서발급일과는 무관) ~<br>년 월 일 (임신헌인검사일 또는 초음파상 임신낭 확인일)                                                                                                                                                                                                                           |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 인공수정 시술일                                                                                                                                                           | 년 월 일                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 임신반응 검사일                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 요검사 ( 년 월 일), 결과 ( )<br><input type="checkbox"/> 혈청검사 ( 년 월 일), 결과 ( )                                                                                                                                                                                                       |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 시술 결과 임신 여부                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 자궁내 임신 (초음파 임신낭 확인일 년 월 일)<br>▶ 임신낭 개수 _____ 개 (자궁내임신시 필수)<br>※ 임신한 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됨<br><input type="checkbox"/> 임신실패 <input type="checkbox"/> 자궁외 임신 <input type="checkbox"/> 화학적임신 <input type="checkbox"/> 치료도중 자연임신 <input type="checkbox"/> 기타 : _____ |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 시술 중단                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> OHSS <input type="checkbox"/> 의학적판단(사유 : )<br><input type="checkbox"/> 의학적판단 외 개인사정 <input type="checkbox"/> 수정실패                                                                                                                              |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 시술 비용 (단위 : 원)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 총 시술비<br>(A+C+D)                                                                                                                                                   | 일부본인부담금<br>(A)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 보험자<br>(공단)부담금<br>(B) | 전액본인<br>부담금<br>(C) | 비급여<br>(D) |          |          | 보건소<br>청구비용 |    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    | 유산<br>방지   | 착상<br>보조 | 동결<br>보관 |             | 기타 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    |            |          |          |             |    |
| 인공수정<br>시술기관<br>지정번호                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 의료<br>기관명             |                    | 전화         |          |          |             |    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    | FAX        |          |          |             |    |
| 위와 같이 정부지원 인공수정시술을 시행하였음을 확인합니다.<br><br>20 년 월 일<br>의사면허번호 : _____ 번 전문의자격번호 : _____ 과 _____ 번<br>담당의사 : _____ (서명 또는 날인) 시술기관대표 : _____ (직인)<br><br>시·군·구 보건소장 귀하 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                    |            |          |          |             |    |



(뒷면)

## 시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 점수가 불가합니다)
  2. 시술 방식 중 해당하는 사항 모두를 선택하여 기입해 주시기 바랍니다.
  3. 건강보험이 적용되는 시술(횟수의 차감)에 대해서만 지원이 가능합니다. 해당 시술의 건강보험 지원 차수를 표시하여주시기 바랍니다.
  4. 시술 기간의 시작일은 약제 투여의 시작일 즉, GnRH agonist, gonadotropin, clomiphene citrate, aromatase inhibitor 등 배란유도와 관련된 약제의 투여 시작일을 기입합니다. 자연주기법을 시도한 경우에는 시술주기의 생리 3일째를 시작일로 기입합니다.
  5. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우 (자궁외임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.
  6. '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 자궁내 임신인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다. 자궁내 임신의 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됩니다.
  7. 임신반응검사는 인공수정 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 검사종류 및 그 결과를 기입합니다.
  8. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단 또는 의학적판단외 개인사정 등으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.
  9. 총 시술비용은 일부본인부담금, 비급여 의료비와 급여부분의 환자 전액본인부담액을 기재하여 주시기 바랍니다.(총 시술비용은 난임부부 시술비 지원통지서 발급일로부터가 아닌 전체 시술 기간에 발생한 비용을 기재합니다.)
  10. 기관코드 : 난임부부지원사업(인공수정시술) 지정기관 코드로서 보건복지부에서 각 시술기관에 부여한 고유번호를 말합니다. 체외수정시술 지정기관 코드가 아닙니다.
- 〈주의〉 시술 확인서의 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되거나 누락되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.
11. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제7호]

☐ 체외수정/ ☐ 인공수정 시술비 청구서(의료기관용)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |      |      |              |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------|--------------|-----|
| 청구금액                                                                                                                                                                                                                                                                            | 금 원                                                       |      |      |              |     |
| 청구내역<br>(건수)                                                                                                                                                                                                                                                                    | 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 기간 중<br>외 _____명의 체외수정/인공수정 시술비(명단별첨) |      |      |              |     |
| 기 관 명                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |      |      | 대 표 자        |     |
| 기관주소                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |      |      |              |     |
| 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |      |      | 의료기관<br>등록번호 |     |
| 은 행 명                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           | 계좌번호 |      |              | 예금주 |
| 지연청구 사유<br>(1개월 이후<br>청구 사유)                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |      |      |              |     |
| 위와 같이 청구합니다.                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |      |      |              |     |
| 20 년 월 일                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |      |      |              |     |
| 청구인                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           |      | (직인) |              |     |
| 시·군·구 보건소장 귀하                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |      |      |              |     |
| <p>※ 첨부서류 : 1. 피시술자 명단 ( )부<br/>2. 난임치료 시술확인서( )매<br/>3. 통장사본 1부<br/>4. 진료 영수증<br/>5. 일부분인부담금, 비급여 및 전액본인부담액 진료비 내역서<br/>6. 진료상세내역서</p> <p>※ 시술비 지급청구는 시술 완료후 관련서류(시술확인서 및 영수증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 시술대상자 관할 보건소로 청구하여야 합니다.</p> <p>※ 연내 시술자는 반드시 연내 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.</p> |                                                           |      |      |              |     |

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제8호]

☐ 체외수정/ ☐ 인공수정 시술비 청구서(신청인용)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |      |        |        |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|--------|--------|-----|-----|
| 청구금액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 금 원   |      |        |        |     |     |
| 지원결정<br>통지서<br>발급일자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 년 월 일 |      |        |        |     |     |
| 신청자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 성 명   |      | 주민등록번호 |        | 연령  | 만 세 |
| 주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |      |        |        |     |     |
| 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |      |        | E-mail |     |     |
| 은 행 명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 계좌번호 |        |        | 예금주 |     |
| 지연청구 사유<br>(1개월 이후<br>청구 사유)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |      |        |        |     |     |
| <p>위와 같이 청구합니다.</p> <p>20 년 월 일</p> <p>청구인 (서명 또는 날인)</p> <p>시·군·구 보건소장 귀하</p> <p>※ 첨부서류 : 1. 체외수정 또는 인공수정 시술확인서 사본 1매<br/>2. (시술 외 의료기관에서 난임주사 시술을 받아 주사제를 청구하려는 경우) 진료비 영수증 각 1부<br/>3. (원외처방된 약제를 청구하려는 경우) 처방전 및 약국 영수증 사본 각 1매<br/>4. 통장사본 1부.</p> <p>※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(진료비영수증, 원외약처방전 및 영수증, 시술자본인의 계좌 통장사본증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 합니다.</p> <p>※ 개인이 청구하는 시술비는 프로게스테론 주사제(난임주사제)의 시술의료기관 외에서의 원내처방 및 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있습니다.</p> <p>※ 시술자는 반드시 시술받은 당해에 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.</p> |       |      |        |        |     |     |



## ■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제10호]

## 사실상 혼인관계 당사자의 보조생식술 동의서

두 당사자는 다음 각 사항을 안내받았으며 이견이 없음에 동의합니다.

1. 두 당사자는 법률적 혼인관계가 아니지만, 1년 이상 혼인 의사가 존재하여 신청일 현재 동거 등 상호 합의 하에 실질적인 혼인관계를 유지하고 있습니다.
2. 두 당사자가 만약 사실상 혼인관계가 아님에도 보조생식술(인공수정 및 체외수정)의 건강보험 적용 및 정부지원 보조를 받기 위해 허위로 사실상 혼인관계를 주장한 경우, 관련비용의 환수는 물론 형법 등 관계법에 따라 처벌 등 법적 책임을 지는 것에 동의합니다.
3. ‘난임부부 시술비 지원사업’을 신청하여 결정통지된 ‘사실상 혼인관계’는 보조생식술(인공수정 및 체외수정)의 건강보험 적용 및 정부지원 여부를 확인하기 위한 것이며, 그 외에 다른 법적 효력을 없음을 인지하였습니다.

20 . . .

당사자1 : (인) 연락처 :

생년월일 :

주소 :

당사자2 : (인) 연락처 :

생년월일 :

주소 :

000보건소장 귀하



■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호서식] <신설 2016. 6. 23.>

## 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

|                |              |                        |     |
|----------------|--------------|------------------------|-----|
| 접수번호           | 접수일          | 처리기간                   | 30일 |
| 의료기관           | 명칭           | 전화번호                   |     |
|                | 소재지          |                        |     |
|                | 종류           | [ ] 의원 [ ] 병원 [ ] 종합병원 |     |
|                | 신고(허가)번호     |                        |     |
| 기관의 장<br>(대표자) | 성명           | 전화번호                   |     |
|                | 주소           |                        |     |
|                | 면허번호(법인등록번호) | 생년월일                   |     |

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

|                |                                                                                                                                     |           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 신청인<br>제출서류    | 1. 「의료법 시행규칙」 제25조제3항에 따른 의료기관 개설신고증명서 사본 또는 같은 법 시행규칙 제27조제3항에 따른 의료기관 개설허가증 사본<br>2. 시설·장비 및 전문인력의 명세서<br>3. 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서 | 수수료<br>없음 |
| 담당 공무원<br>확인사항 | 의사 면허증                                                                                                                              |           |

### 행정정보 공동이용 동의서

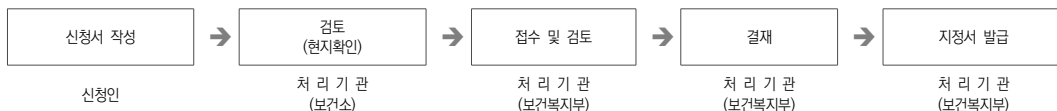
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. \* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 :

신청인(기관의 장)

(서명 또는 인)

### 처리 절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] &lt;신설 2016. 6. 23.&gt;

(앞쪽)

## 자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청 현지확인 의견서

|      |     |                |
|------|-----|----------------|
| 의료기관 | 명칭  | 기관의 장<br>(대표자) |
|      | 소재지 | 전화번호           |
| 확인자  | 소속  | 직급             |
|      | 성명  |                |

## 1. 시설 현황

|                   |                             |                             |                                      |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1) 진료실            | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | 일반진료실                                |
| 2) 독립적인 공간의 정액채취실 | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | 정액채취실의 경우 다른 용도의<br>방과 같이 사용하지 않아야 함 |

## 2. 장비 현황

|                  |                             |                             |         |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|
| 1) 초음파기기         | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | 작동여부 확인 |
| 2) 현미경           | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | 작동여부 확인 |
| 3) 정액검사장비(세포계수기) | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | 작동여부 확인 |
| 4) 정자분리장비(원심분리기) | <input type="checkbox"/> 있음 | <input type="checkbox"/> 없음 | 작동여부 확인 |

## 3. 전문인력 현황

|         |                                         |
|---------|-----------------------------------------|
| 1) 의사인력 | <input type="checkbox"/> 산부인과 전문의(   명) |
|         | <input type="checkbox"/> 전문의(   명)      |
|         | <input type="checkbox"/> 일반의사(   명)     |
| 2) 간호인력 | <input type="checkbox"/> 간호사(   명)      |
|         | <input type="checkbox"/> 간호조무사(   명)    |

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제4항에 따라 위와 같이 자궁내 정자주입 시술 의료기관 현지확인 의견서를 통보합니다.

년 월 일

보건소장

직인

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



(뒤쪽)

| 구 분            |           | 현 황                                                                                                                                    |      |                    |                  |      |                  |
|----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|------------------|------|------------------|
| 시설현황           |           | <input type="checkbox"/> 진료실 <input type="checkbox"/> 정액채취실 <input type="checkbox"/> 기타 ( )                                            |      |                    |                  |      |                  |
| 장비현황           |           | <input type="checkbox"/> 초음파기기 <input type="checkbox"/> 현미경 <input type="checkbox"/> 정액검사장비 ( )<br><input type="checkbox"/> 정자분리장비 ( ) |      |                    |                  |      |                  |
| 전문<br>인력<br>현황 | 구 분       | 성 명                                                                                                                                    | 생년월일 | 면허번호<br>또는<br>자격번호 | 산부인과 전문의<br>자격번호 | 채용일자 | 전화번호<br>(E-mail) |
|                | 의 사       |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                | 간호사       |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                | 간호<br>조무사 |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                | 기 타       |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
|                |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
| 정액검사방법         |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
| 정자처리방법         |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
| 특기사항           |           |                                                                                                                                        |      |                    |                  |      |                  |
| 담당자 확인         |           | 관할<br>보건소                                                                                                                              |      | 직급                 |                  | 확인자  | (서명 또는 인)        |

## ■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의3서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉

## 난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

|                 |              |                        |     |
|-----------------|--------------|------------------------|-----|
| 접수번호            | 접수일          | 처리기간                   | 30일 |
| 의료기관            | 명칭           | 전화번호                   |     |
|                 | 소재지          |                        |     |
|                 | 종류           | [ ] 의원 [ ] 병원 [ ] 종합병원 |     |
|                 | 신고(허가)번호     |                        |     |
| 배아생성<br>의료기관 지정 | 지정번호         | 지정일자<br>년 월 일          |     |
|                 | 성명           | 전화번호                   |     |
| 기관의 장<br>(대표자)  | 주소           |                        |     |
|                 | 면허번호(법인등록번호) | 생년월일                   |     |

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제5항에 따라 위와 같이 신청합니다.

[ ] 같은 법 시행규칙 제8조제6항에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관의 지정을 함께 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

## 보건복지부장관 귀하

|                |                                                     |           |
|----------------|-----------------------------------------------------|-----------|
| 신청인<br>제출서류    | 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」 제17조제4항에 따른 배아생성의료기관 지정서 사본 | 수수료<br>없음 |
| 담당 공무원<br>확인사항 | 의사 면허증                                              |           |

## 행정정보 공동이용 동의서

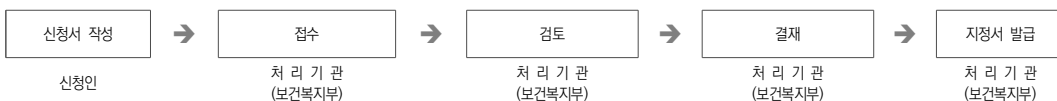
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. \* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 :

신청인(기관의장)

(서명 또는 인)

## 처리 절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의4서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉

(앞쪽)

제 호

**난임시술 의료기관 지정서**  
**[ ]자궁내 정자주입 시술      [ ]체외수정 시술**

- 기관의 명칭 :
- 기관의 소재지 :
- 기관의 장 성명 :

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제8항에 따라 위와 같이 난임시술 의료기관으로 지정합니다.

년      월      일

보건복지부장관

직인

210mm×297mm[백상지(150g/㎡)]

(뒤쪽)

| 변경사항 등 |     |     |    |
|--------|-----|-----|----|
| 연 월 일  | 내 용 | 확인자 | 서명 |
|        |     |     |    |

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의5서식] 〈신설 2016. 6. 23.〉

**난임시술 의료기관 변경신고서**  
**[    ]자궁내 정자주입 시술 의료기관    [    ]체외수정 시술 의료기관**

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, [    ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

| 접수번호 | 접수일 | 처리기간 |
|------|-----|------|
|      |     | 7일   |

|      |          |      |
|------|----------|------|
| 신고기관 | 명칭       | 지정번호 |
|      | 기관의 장 성명 | 전화번호 |
|      | 소재지      |      |

|      |    |      |      |    |
|------|----|------|------|----|
| 변경사항 | 항목 | 변경 전 | 변경 후 | 사유 |
|      |    |      |      |    |
|      |    |      |      |    |
|      |    |      |      |    |

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 변경신고합니다.

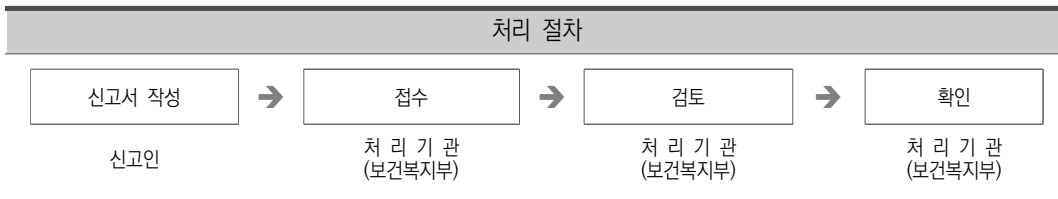
년    월    일

신고인(기관의 장)

(서명 또는 인)

**보건복지부장관** 귀하

|             |                                             |           |
|-------------|---------------------------------------------|-----------|
| 신청인<br>제출서류 | 1. 난임시술 의료기관 지정서 원본<br>2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류 | 수수료<br>없음 |
|-------------|---------------------------------------------|-----------|



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

### 정부지원 시술(체외수정, 인공수정)기관 지정 조건 및 유의사항

- ① 정부에서 제공하는 ‘난임부부 지원사업 가이드라인’을 준수하고 정부에서 제공하는 ‘양식’을 사용할 것
- ② 난임시술 전 원인에 대한 철저한 검사를 통해 내실있는 시술이 이루어지도록 할 것
- ③ ‘난임치료시술 지원결정 통지서’를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것
  - 일반환자에 비해 특별한 주사제 혹은 마취제시술 등을 사용하여 정부지원의 취지를 경감시키지 않을 것
  - 일반환자에 비해 어떠한 차별 대우도 하지 않을 것
  - 난임지원사업에 대한 환자의 질문에 상담실 운영 등의 방법으로 성실한 상담을 해 줄 것
  - 병원에 반드시 ‘정부지원 시술기관’에 대한 홍보문을 붙이고 적극적으로 홍보에 참여할 것
- ④ 정부지원 난임환자의 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지 말 것
- ⑤ 정기적으로 시행할 정도관리와 질 관리 모니터링에 협조할 것
  - 정기적, 비정기적 결과 보고에 성실하게 임할 것
  - 정기적, 비정기적 사후관리 결과와 연령대별, 환자 조건별 임신율 등은 필요시 중앙심의위원회와 협의 후 일부 제한적 공개도 가능
- ⑥ 시술확인서 및 시술비 청구서 작성 시 누락·부정항목이 발생하지 않도록 성실히 기재할 것
- ⑦ 주소이전, 명칭변경, 대표자변경 등 변경사항이 발생한 경우 반드시 보건복지부 (출산정책과)로 보고할 것
- ⑧ “생명윤리 및 안전에 관한 법률”상 허용하는 범위 내에서 정부지원 대상자의 시술을 할 것
  - \* 인공수정시술의 경우, 시술기관 비치용 “인공수정시술 기록지”는 각 병원의 고유양식이 있을 경우 고유양식을 사용하고 고유양식이 없을 경우, 별도 ‘인공수정시술 기록지’를 만들어 기록·관리 할 것
- ⑨ 지정 조건 및 유의사항 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음
- ⑩ 기타 정부지원사업의 변동시도 시술비 청구 및 지정조건을 준수할 것

## [참고] 시술 가이드라인

**체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인**

(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31. 개정, '15.10.1. 시행)

**1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우**

- 1-1. 양측 난관 폐색 (피임시술로 인한 인공 폐색 제외)
- 1-2. 중증 자궁내막증
- 1-3. 난소기능 저하
- 1-4. 착상전 유전진단이 필요한 경우
- 1-5. 기타 : 상세사유 기입

**2. 체외수정시술 이외의 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우**

- 2-1. 난관성형술 기왕력
- 2-2. 배란유도 기왕력
- 2-3. 인공수정 기왕력
- 2-4. 기타 : 상세 사유 기입 요함

**3. 원인불명 난임**

- 3-1. 정액검사·배란기능·자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자
  - 3-1-1. 3년이상 임신이 되지 않은 경우
    - 단, 부인연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우

**〈검사 기준〉**

- ▶ **배란기능** : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙 적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▶ **자궁강 및 난관검사** : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 한다.
- ▶ **정액검사 정상기준(WHO, 2010)** : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

#### 4. 이식할 최대배아 수(15.10월 시행)

| 연령별    | 5~6일 배양 후<br>(Blastocyst) | 2~4일 배양 후<br>(Cleavage-stage embryos) |
|--------|---------------------------|---------------------------------------|
| 35세 미만 | 1개                        | 2개                                    |
| 35세 이상 | 2개                        | 3개                                    |

※ 동결배아를 해동하여 이식하는 경우에도 동일한 기준 적용

#### 5. 남성요인

5-1. 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증

- ① GnRH, hCG/hMG 등의 호르몬치료가 보조생식술 적용에 우선 시행되어야 한다.
- ② 최소한 24개월간 호르몬치료를 지속하며 정액검사 지표의 향상과 임신 여부를 주기적으로 관찰해야 하며 이 기간 중 자연임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

#### 5-2. 정관절제술(vasectomy) 후 상태

- ① 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.
- ② 수술후 3개월내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 이내 임신이 되지 않은 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.
- ③ 정관문합술이 불가하다는 비뇨기과 전문의 진단서가 있을 경우

#### 5-3 정계정맥류 (varicocele)

- ① 정액검사에서 이상 소견 (정자의 수, 운동성 저하 또는 형태 이상)이 있고 정계 정맥류가 확인된 경우 보조생식술에 앞서 정계정맥류제거술이 시행되어야 한다.
- ② 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나, 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조 생식술을 시행할 수 있다.

#### 5-4. 폐쇄성 무정자증 (obstructive azoospermia)

- ① 폐쇄성 무정자증이 의심되는 경우 (외성기 신체검사 상 정상인 무정자증) 고환생검을 반드시 시행해야 하며, 정상적인 정자생산기능이 확인되면 보조생식술 시행에 우선하여 폐쇄성 무정자 증에 대한 수술적 치료가 시행되어야 한다.



- 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우는 진단서 등에 의사의 소견 (사유 및 내용)을 상세히 기록하여야 한다. 단, 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증이란 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말한다.

② 부고환 폐쇄가 의심되면 부고환정관문합술이 우선 시행되어야 한다.

- 부고환정관문합술 후 최소한 6개월까지 사정액 내 정자의 출현 유무를 관찰해야 한다.
- 부고환정관문합술 시도 중 정자를 발견하지 못한 경우 즉시 보조생식술을 시행할 수 있다.
- 성공적인 부고환정관문합술 후 6개월 이내에 사정액 내 정자가 출현하지 않거나, 정자가 출현 하였으나 수술 후 1년 이내에 임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

③ 사정관 폐쇄에 의한 무정자증이 의심되는 경우 (소량의 산성 정액) 정확한 진단을 위하여 경직장 초음파검사 또는 정관촬영술을 시행하여야 하며 사정관 폐쇄가 확인된 경우 사정관의 경요도절제술이 우선 시행되어야 한다.

#### 5-5. 비폐쇄성 무정자증

- ① 비폐쇄성 무정자증의 경우 고환 조직검사에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능할 경우 보조생식술 시행 가능

### 난임시술 의료기관 현황 안내

난임시술 의료기관 현황은 보건복지부와 건강보험심사평가원 누리집, 지역보건의료정보시스템(PHIS)에서 확인할 수 있습니다.

- \* 보건복지부 홈페이지 → 정보공개(사전정보공표) → 인구아동/인구출산 → 정부 체외수정(인공수정) 시술 지정기관 현황
- \* PHIS : 진단서 등록/시술확인서 등록/청구 - 난임시술 의료기관 검색 팝업 확인

## 인공수정 시술 의학적 기준 가이드라인

(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31. 개정, 15.10.1. 시행)

### 1. 원인불명 난임

1-1. 정액검사·배란기능·자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자

1-1-1. 1년이상 자연임신이 되지 않은 경우

단, 부인연령이 35세 이상인 자는 6개월 이상 자연임신이 되지 않은 경우

#### 〈검사 기준〉

- ▶ 배란기능 : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▶ 자궁강 및 난관검사 : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 하며, 검사(HSG) 결과 최소한 한쪽 나팔관은 정상이어야 함
- ▶ 정액검사 정상기준(WHO, 2010) : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

### 2. 남성 요인

2-1. 정계정맥류가 없다는 신체검사 확인 후 2010년 세계보건기구(WHO) 기준 정액검사 결과 정자 수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

2-2. 사정장애 등 기타 남성불임의 경우

\* 진단서에 인공수정이 필요한 상세사유 반드시 기입

### 3. 자궁내막증

3-1. 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월이상 경과된 경우

3-2. 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서, 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

### 4. 기타 사유 : 상세 사유 기입

2024년 모자보건사업 안내  
Ministry of Health and Welfare

PART

V

# 고위험 임산부 의료비 지원사업

1. 사업개요
2. 지원대상
3. 지원내용
4. 지원절차
5. 사업관리



## 고위험 임산부 의료비 지원사업



### 1 사업개요

#### 가. 사업목적

- 고위험 임신의 적정 치료·관리에 필요한 진료비를 지원하여 경제적 부담 경감 및 건강한 출산과 모자 건강 보장

#### 나. 추진경과

- 「고위험 임산부 의료비 지원사업」 국정과제(62-2)로 확정('13.5월)
- '15년 사업추진 계획수립('15.3월), 사업지침 마련 및 지자체 통보('15.6월)
- '15.7월부터 전국 사업 시행(조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증)
- '18년 지원대상 질환 확대(양막의 조기파열, 태반조기박리)
- '19년 지원대상 질환 확대
  - (1월) 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부 무력증
  - (7월) 고혈압, 다태임신, 당뇨병, 대사장애를 동반한 임신과다구토, 신질환, 심부전, 자궁 내 성장 제한, 자궁 및 자궁의 부속기 질환
- '24년 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지

## 다. 사업근거

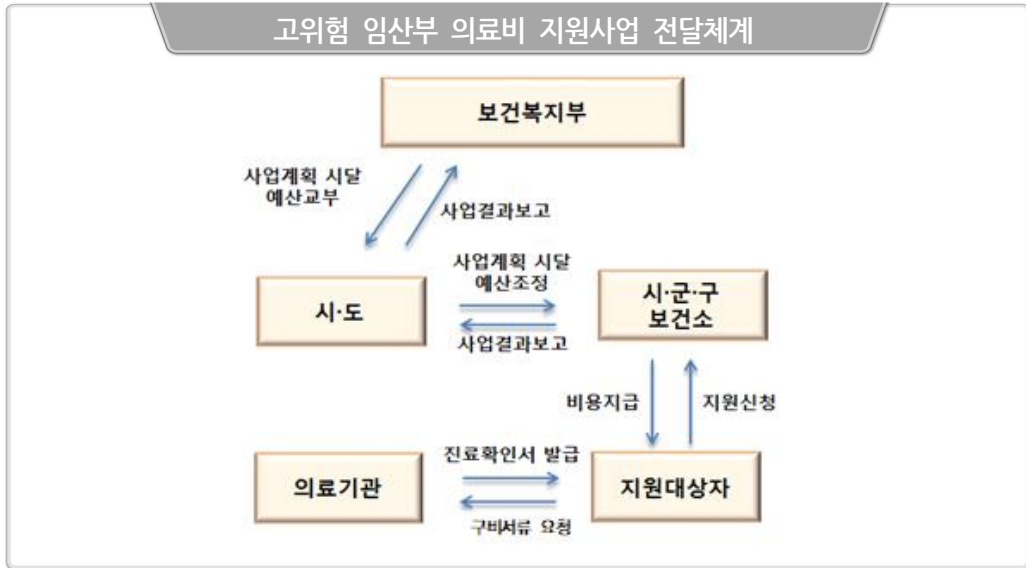
### 모자보건법

- 제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 모자보건사업에 관한 시책을 마련하고 모성과 영유아의 보호자에게 적극적으로 홍보하여 국민보건 향상에 이바지하도록 노력하여야 한다.
- 제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건전문가(의사·한의사·조산사·간호사의 면허를 받은 사람 또는 간호조무사의 자격을 인정받은 사람으로서 모자보건사업에 종사하는 사람을 말한다)에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다.  
② 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등 중 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료 지원을 할 수 있다.  
1. 진찰 2. 약제나 치료재료의 지급 3. 처치, 수술, 그 밖의 치료 4. 의료시설에의 수용  
5. 간호 6. 이송
- 제10조의2(고위험 임신부와 신생아 집중치료 시설 등의 지원) 국가와 지방자치단체는 고위험 임신부와 미숙아등의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 의료를 적절하게 제공할 수 있는 고위험 임신부와 신생아 집중치료 시설 및 장비 등을 지원할 수 있다.

## 라. 지원원칙

- 고위험 임신부의 적정 치료·관리에 따른 경제적 부담을 덜어줄 수 있도록 예산 지원의 우선순위가 높은 19대 고위험 임신질환\* 중심으로 지원
  - 일반적인 임신 출산에 비해 추가로 소요되는 비급여 진료비 위주로 지원
- \* 19대 고위험 임신질환 : 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기 박리, 전치태반, 질박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증, 고혈압, 다태 임신, 당뇨병, 대사장애를 동반한 임신과다구토, 신질환, 심부전, 자궁 내 성장 제한, 자궁 및 자궁의 부속기 질환

## 마. 사업추진 체계도



## 바. 기관별 담당업무

### 1) 보건복지부

- 고위험 임신부 의료비 지원사업 계획 수립 및 평가
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 사업지침 마련·배포
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 정보시스템(이하 “정보시스템”) 운영

### 2) 시·도

- 고위험 임신부 의료비 지원사업 지도·감독
- 보조금 예산 확보 및 시·군·구 예산집행상황 점검·조정
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 관련 통계 관리
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 홍보

## 3) 시·군·구(보건소)

- 고위험 임신부 의료비 지원사업 대상자 선정·등록·지원·관리
- 보조금 예산 확보, 예산 집행, 향후 소요액 파악 및 조정
- 사업수행 성과관리를 위한 정보시스템 입력 및 관리
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 홍보
  - \* 산부인과·소아과 등 의료기관, 조산원, 산후조리원 등 출산·분만 관련 인프라 활용

## 4) 의료기관

- 고위험 임신부 의료비 지원사업 신청을 위한 보건소 제출서식(신청서 등) 비치
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 신청서 작성 지원
  - 질병명·질병코드·최초진단일·분만예정일·분만일
- 신청 관련 구비서류(의사진단서, 입퇴원진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서, 출생증명서 또는 사산증명서 등) 발급 지원
- 가임기 여성 및 임신부 등 의료기관 이용자 중심으로 지역주민 대상 고위험 임신부 의료비 지원사업 안내·홍보 지원

## 2 • 지원대상(\* '24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)

- (질환기준) 19대 고위험 임신질환\*으로 진단받고 입원치료 받은 임산부
  - \* 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증, 고혈압, 다태임신, 당뇨병, 대사장애를 동반한 임신과다구토, 신질환, 심부전, 자궁 내 성장 제한, 자궁 및 자궁의 부속기 질환
- 분만 결과, 자궁내 태아사망 등으로 사산한 경우도 지원대상에 포함
- 지원제외자 : 외국 국적인 자 및 국외 이주자  
(단, 영주권 취득 및 결혼이주여성<체류자격 : F5, F6>, 난민협약에 의한 난민, 북한이탈주민, 영주귀국사할린 한인은 지원 가능)
- (질환별 세부지원기준)
  - \* 각 질환별 지원대상 질병코드로 시작되는 하위코드 모두 포함하여 지원

### ☑ 조기진통

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상, 37주 미만)
- 지원대상 질병코드

- O60(조기진통 및 분만)

### ☑ 분만관련 출혈

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

- O67(달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만)
- O72(분만후 출혈)



#### ☑ 중증 임신중독증

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

- O11(만성 고혈압에 겹친 전자간)
- O14(전자간)
- O15(자간)

#### ☑ 양막의 조기파열

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상, 37주 미만)
- 지원대상 질병코드

- O42(양막의 조기파열)

#### ☑ 태반조기박리

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

- O45(태반의 조기분리[태반조기박리])

#### ☑ 전치태반

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

- O44(전치태반)
- O69.4(전치맥관이 합병된 진통 및 분만/전치맥관으로부터의 출혈)

#### ☑ 절박유산

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

- O20.0(절박유산/절박유산에 의한 것으로 명시된 출혈)

☑ 양수과다증

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

● O40(양수과다증)

☑ 양수과소증

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간(임신주수 20주 이상)
- 지원대상 질병코드

● O41.0(양수과소증/양막파열에 대한 언급이 없는 양수과소증)

☑ 분만전 출혈

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

● O46(달리 분류되지 않은 분만전 출혈)

☑ 자궁경부무력증

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

● O34.3(자궁경관부전에 대한 산모관리)

☑ 고혈압

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

● O10(임신, 출산 및 산후기에 합병된 전에 있던 고혈압)  
● O13(임신[임신-유발]고혈압)  
● O16(상세불명의 산모고혈압)

#### ☑ 다태임신

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

- O30(다태임신)
- O31(다태임신에 특이한 합병증)

#### ☑ 당뇨병

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

- O24(임신중 당뇨병)

#### ☑ 대사장애를 동반한 임신과다구토

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

- O21.1(대사장애를 동반한 임신과다구토)

#### ☑ 신질환

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

- N00-N23\*
- N00-N08(사구체질환)
  - N10-N16(신세뇨관-간질질환)
  - N17-N19(신부전)
  - N20-N23(요로결석증)

\* 해당 질환코드 외 O코드(임신, 출산 및 산후기)가 진단서 상에 동시 기재되어 있어야 함

#### ☑ 심부전

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

I00-I52\*

- I00-I02(급성 류마티스열)
- I05-I09(만성 류마티스심장질환)
- I10-I15(고혈압성 질환)
- I20-I25(허혈심장질환)
- I26-I28(폐성 심장병 및 폐순환의 질환)
- I30-I52(기타 형태의 심장병)

\* 해당 질환코드 외 O코드(임신, 출산 및 산후기)가 진단서 상에 동시 기재되어 있어야 함

☑ 자궁 내 성장 제한

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

- O36.5(태아성장불량에 대한 산모관리)

☑ 자궁 및 자궁의 부속기 질환

- 지원기간 : 질병 관련 입원 치료 기간
- 지원대상 질병코드

- O23.5(임신중 생식관의 감염)
- O34.0(자궁의 선천기형에 대한 산모관리)
- O34.1(자궁체부종양에 대한 산모관리)
- O34.4(자궁경부의 기타 이상에 대한 산모관리)
- O34.8(골반기관의 기타 이상에 대한 산모관리)
- O41.1(양막낭 및 양막의 감염)

※ 19종 질환에 중복 해당될 경우 지원대상자에게 유리한 지원기간을 적용함

### 3 • 지원내용

#### 가. 지원범위

- 19대 고위험 임신 질환의 입원치료에 있어, 가계부담이 큰 전액본인부담금 및 비급여 진료비 지원

| 급 여     |       | 비 급 여       |                        |
|---------|-------|-------------|------------------------|
| 일부 본인부담 |       | 전액<br>본인부담금 | 비급여(진찰료, 처치·수술료 등) 진료비 |
| 법정본인부담금 | 공단부담금 |             |                        |
|         |       |             |                        |

\* 지원대상에서 제외된 기타 고위험 임신부와 의 형평성을 고려하여, 법정본인부담금은 지원 제외

- 전액본인부담금 및 비급여 진료비
  - (지원예시) 진찰료, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 전혈 및 혈액성분제제료 등
  - (제외항목)
    - 병실입원료, 식대(환자특식)
    - 한방 치료 관련 진료비
    - 고위험 임신질환 치료와 관련 없는 진료비
    - 보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비
    - 간이 영수증(수기용)으로 발급받은 진료비
    - 요양기관에서 환자부담금 납부를 면제 또는 감면한 경우의 진료비
    - 후원단체에서 대납한 진료비
    - 외국 의료기관에서 발생한 진료비

#### ● 지원대상 금액

- 계산서·영수증 서식 상, 질환별 지원기간 내에 입원치료로 발생한 진료비 합계 항목의 “③ 전액본인부담”, “④ 비급여 선택진료료”, “⑤ 비급여 선택진료료 외(단, 지원제외 항목 공제 후 금액 재산정 필요)”란의 금액을 합한 금액

\* 참고서식 : 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] 입원 진료비 계산서·영수증

## 나. 지원금액 산출방법

- 고위험 임신부 입원치료비의 급여 중 전액본인부담금 및 비급여 진료비(병실 입원료, 환자특식 제외)에 해당하는 금액의 90%\* 지원(10%는 개인 부담 적용\*\*)
  - \* 단, 국민기초생활보장법 제6조 및 제12조의3에 따른 의료급여수급자는 100% 지원  
(임산부 부부 중 한명이 국민기초생활보장법 상 의료급여수급자인 경우 의료급여수급자로 인정)
  - \*\* 고위험 임신부의 법정본인부담금 본인부담률(10%)과 같은 수준

- (지원한도) 1인당 300만원까지 지원
  - 2개 이상의 고위험 임신부 진단기준을 동시에 충족하더라도 1인당 지원한도는 300만원으로 동일하게 적용

**예시** 의료급여수급자가 아닌 조기진통 고위험 임신부의 진료내역서 상 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액(지원제외 항목 공제)이 1,669,740원인 경우  
⇒ 1,669,740원에 대해 지원을 90%(개인부담률 10%)를 적용하여 지원금액 1,502,766원 산출  
(개인부담 166,974원), 원단위 절사하여 최종지원금액 1,502,760원 결정

## 4 • 지원절차

### 가. 지원신청

#### ● 지원신청 가능한 자

- 1) 고위험 임신부 의료비 지원대상자의 진단·분만일자 기준에 적합한 임신부 본인
- 2) 임신부 본인이 신청하기 곤란한 경우에 한해 배우자 또는 직계 존비속의 대리 신청 가능
- 3) 1) 및 2)가 모두 곤란한 경우, 보건소는 환자 본인의 승낙을 받아 방문간호사, 지인 등으로부터 대리 신청을 받을 수 있음

\* 2) 및 3)의 경우(지원대상자 본인 외 대리신청 시), 의료비 지원금은 반드시 지원대상자 명의 통장으로 지급되어야 함

#### ● 구비서류

| 구 분            | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청자 제출<br>(공통) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지원 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부</li> <li>■ 진단서 1부(질병명 및 질병코드 포함)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ‘임상적 추정’ 진단의 경우에도 질병명 및 질병코드 포함 시 인정 가능</li> </ul> </li> <li>■ 입·퇴원확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</li> </ul> </li> <li>■ 주민등록등본 1부*</li> <li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부(지원대상자 명의)</li> <li>■ 신청인 신분증(본인 확인용)</li> <li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li> </ul> |
| 해당자 제출<br>(추가) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (등본상 출생 확인 불가시) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</li> <li>■ (사산) 사산증명서 1부(해당 내용을 적시한 의사진단서로 대체 가능)</li> <li>■ (대리신청) 위임장, 위임자 신분증 사본, 수임자 신분증(본인확인용)</li> <li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li> </ul> </li> <li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li> </ul>                                                                                                                                |

- 원본대조필 사본 가능 : 진단서, 입·퇴원확인서, 출생보고서/출생(사산)증명서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 등
- 복사본 가능 : 주민등록등본, 가족관계증명서, 건강보험증, 건강보험료 납부확인서 등

- 입·퇴원확인서는 지원대상 질환명이 주상병으로 기재된 경우에 인정(입·퇴원 확인서 상 질환명을 확인할 수 없으나 진단서 등 다른 구비서류로 해당 입원 기간에 대한 질환명 확인이 가능한 경우 예외적으로 인정)
- 지원대상 질환명이 주상병이 아닌 부상병으로 기재된 경우, '진료비 세부 내역서'로 고위험 임신질환 관련 내역 확인하여 지원 가능. 다만, 상병별로 진료내역이 명확히 구분되지 않는 경우에는 전체 지원대상 금액에서 고위험 임신질환과 관련 없는 진료 내역으로 구분할 수 있는 항목을 제외하여 지원
- 신청 기간 : 분만일로부터 6개월 이내
  - \* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, 보건소장이 6개월 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능
  - \*\* 지원 결정 이후 당해 출산 관련 진료비 누락이 발견된 경우 신청기간 충족 시 추가 신청 가능하나, 출산 이후 1회에 한해 지원하는 것이 원칙이므로 누락하지 않고 신청하도록 안내 필요
- 신청 방법 : 신청일 기준, 임신부의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청

## 나. 지급절차 및 지급기간

- 지급절차
  - 지급결정금은 지원신청자에게 직접 안내하거나 [서식 4호]를 활용해 우편 또는 이메일 등으로 통보하고, 지원대상자 은행계좌로 입금 조치
  - 지원신청자가 개인 파산·압류 등으로 불가피하게 지급계좌를 제3자로 변경하여야 하는 경우,
    - 반드시 지원신청자로부터 관련 증빙서류(예금압류통지서, 파산신고 결정문, 법원판결문 등)를 제출받고 지원신청자에게 지급계좌 변경 동의를 확인한 경우에만 변경 처리 가능



● 지급기간

- 지원신청을 받은 날로부터 한 달 이내에 지급 원칙
  - ※ 예산부족 등으로 행정처리 지연이 불가피한 경우, 신청자에게 지연사유를 충분히 설명하여 불필요한 민원 발생 최소화
- 연도 말에 의료비 지원신청하여 확인·검토과정에서 회계연도를 넘긴 경우 또는 당해연도 예산 부족으로 지급하지 못한 의료비는 차기연도 예산 집행 시점 이후에 지급 가능<sup>1)</sup>

● 본인부담금 지급보증제 이용 절차

**본인부담금(전액본인부담금 및 비급여진료비 지급보증제란,** 고위험 임신부 가정에서 본인부담금에 대한 의료비 완납이 불가능한 경우, 임신부 가정의 본인부담금 중 지원가능액 한도 내에서 의료기관이 직접 보건소로 신청하고 나머지 차액은 임신부 가정이 부담하는 제도

- 지원대상자 또는 배우자 등 대리인은 의료비 신청서 등 구비서류를 보건소에 제출
  - ※ 진료비영수증 대신 퇴원전 진료비계산서를 제출하고, 의료비 신청서 상 '입금은행 및 계좌번호'란에 '병원으로 직접 지급 요청'으로 기재
- 보건소는 해당 임신부가 의료비 지원대상자임을 의료기관에 통보하고 의료비 지원금 지급을 보증
- 의료기관은 공문으로 환자의 진료비 중 의료비 지원금을 보건소에 청구하고 나머지 금액은 임신부 가정에 청구
  - ※ 청구 시 공문과 함께 퇴원전 진료비계산서, 입금통장사본을 별도 첨부
- 보건소는 제출 서류를 근거로 의료비 지원금을 의료기관으로 직접 지급
- 유의사항
  - 의료기관에 의료비를 지불한 후 신청하는 경우에는 지원금액을 신청자에게 지급
  - 보건소에서는 관내 의료기관에 협조를 요청하여 지급보증제가 차질 없이 실시되도록 준비

1) 지원신청 의료비의 차기연도 이월 지급을 최소화하기 위해 각 시·도에서는 시·군·구별 예산집행현황을 수시로 파악하여 정산잔액 발생이 예상되는 곳과 부족액 발생이 예상되는 곳의 배정 내역을 변경하고, 국고보조금 추가 교부가 필요한 시·도(시·군·구)는 지방비 추가 확보를 위해 최대한 노력하여야 함

#### 다. 후원금 등의 공제 및 환수

- 타 법률·제도에 의하여 지원받거나 각종 후원단체에서 후원받은 의료비 등이 있는 경우,
  - 지원 또는 후원받은 의료비의 항목별 구분(일부분인부담금/전액본인부담금/비급여)이 명확하다면, 해당 항목에서 지원받은 것으로 간주하여 공제 후 지원
  - 항목별 구분이 불명확하다면, 임신부가 실제 납부한 총 진료비 중 급여의 일부분인부담금 부분을 우선 공제한 후 급여의 전액본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원

##### **예시** 조기진통 고위험 임신부의 진료내역서 상

급여의 본인부담금=330,260원, 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액=1,669,740원,  
임산부 납부 총액(급여의 본인부담금+전액본인부담금+비급여 진료비)=2,000,000원이고  
후원단체에서 납부 총액의 일부인 500,000원을 후원받은 경우,  
⇒ 후원금에서 급여의 본인부담금(330,260원) 부분을 우선 공제한 후, 후원금 잔액 169,740원을  
전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산 금액에서 추가 공제하여 지원대상 금액 1,500,000원  
산출, 지원을 90% 적용하여 최종지원금 1,350,000원 결정

- 과지급된 금액 등이 있어 1인당 지원한도를 초과하는 경우는 환수 사유에 해당
  - ※ 지원결정금 통보 시, 환수 사유가 발생할 경우 반드시 해당 보건소에 관련 내용을 신고하도록 안내하고 환수 사유가 추가로 발생·확인되는 경우 기 지원받은 금액에 대하여 환수할 수 있음을 고지하도록 함
  - 지원대상자에게 환수 사유를 설명하고, 환수결정액은 [서식 5호]를 활용하여 우편 또는 이메일로 통보
  - 보건소 계좌로 반환 후, 고위험 임신부 의료비 지원 정보시스템에 환수 등록 처리

## 5 • 사업관리

### 가. 정보시스템 입력 및 사업실적 보고

- 지원신청자가 지원대상자로 결정된 경우, ‘고위험 임신부 의료비 지원신청서’ 등의 주요 정보는 지역보건의료정보시스템에 지원결정 통보 전까지 입력 완료되어야 함
- 월별·분기별 사업실적 보고는 정보시스템 입력내역을 활용해 지급결정 통보일 기준으로 해당월 말일자로 산출함
  - 긴급히 사업실적이 필요한 경우에는 별도 서식[서식 6호]에 의거 제출 요청
- 2024년 예산은 분기별로 교부하고, 2분기 이후 지자체별 예산집행현황을 파악해 추경예산 편성이 가능하도록 지자체 예산교부액을 변경내시할 예정
  - 지역보건의료정보시스템으로 입력된 값을 바탕으로 매월말 기준 예산집행 현황보고서(예산총액, 국비집행액, 지방비집행액)을 통해 예산집행률을 파악할 예정
  - 긴급히 예산집행 현황자료가 필요한 경우에는 별도 서식[서식 7호]에 의거 제출 요청
- 2023년 사업실적에 대한 정보시스템 입력은 2024년 1월 10일까지 완료하여야 함

### 나. 예산집행 결과보고 및 정산

- 시·도(시·군·구)는 회계연도 종료 시 보조금의 예산 및 관리에 관한 법률에 따라 예산집행 결과 및 정산내역을 2024년 1월 31일까지 보건복지부에 보고하여야 함



■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[ ]외래 [ ]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서·영수증

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|---------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 환자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | 환자 성명                        |         | 진료기간<br>부터 까지                        |               | 아간(공휴일)진료<br>[ ] 야간 [ ] 공휴일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |
| 진료과목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             | 질병군(DRG)번호                   |         | 병실                                   |               | 환자구분<br>영수증번호(연월-일련번호)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |
| 항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 급여<br>일부 본인부담<br>본인부담금 공단부담금 |         | 비급여<br>전액 본인부담<br>선택 진료료<br>선택 진료료 외 |               | 금액산정내용<br>⑦ 진료비 총액<br>(①+②+③+④+⑤)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |
| 기본<br>항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 진찰료         | 1인실                          |         |                                      |               | ⑧ 환자부담 총액<br>(①-⑥)+③+④+⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 입원료         | 2·3인실                        |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4인실 이상      |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 식대          |                              |         |                                      |               | ⑨ 이미 납부한 금액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 투약 및<br>조제료 | 행위료<br>약품비                   |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 주사료         | 행위료<br>약품비                   |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 마취료         |                              |         |                                      |               | ⑩ 납부할 금액<br>(⑧-⑨)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 처치 및 수술료    |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 검사료         |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 영상진단료       |                              |         |                                      |               | ⑪ 납부한<br>금액<br>카드<br>현금영수증<br>현금<br>합계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 방사선치료료      |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 치료재료대       |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 재활 및 물리치료료  |                              |         |                                      |               | 납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 정신요법료       |                              |         |                                      |               | 현금영수증( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 전혈 및 혈액성분제료 |                              |         |                                      |               | 신분확인번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |
| CT 진단료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                              |         |                                      | 현금영수증 승인번호    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| MRI 진단료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                              |         |                                      | * 요양기관 임의활동공간 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| PET 진단료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 초음파 진단료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 보철·교정료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 「국민건강보험법」제41조의4에<br>따른 요양급여                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 65세 이상 등 정액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 정액수가(요양병원)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 정액수가(완화의료)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 질병군 포괄수가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 합계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | ①                            | ②       | ③                                    | ④             | ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |
| 상한액 초과금                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | ⑥                            |         | -                                    |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 선택진료 신청 [ ] 유 [ ] 무 |
| 요양기관 종류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | [ ] 의원급·보건기관                 | [ ] 병원급 | [ ] 종합병원                             | [ ] 상급종합병원    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 사업자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | 상호                           |         |                                      |               | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |
| 사업장 소재지                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | 대표자                          |         |                                      |               | [인]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |
| 년 월 일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                              |         |                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
| 항목별 설명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                              |         |                                      |               | 일반사항 안내                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |
| <p>1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등</p> <p>※ 식대: 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택진료): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률</p> <p>※ 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%</p> <p>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> <p>※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다.</p> <p>4. '질병군 포괄수가'란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조 제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련된 여러 의료행위를 하나의 행위료로 정하여 요양급여비용을 결정하는 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위보다 비급여대상이나 이송치료료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목에 합산하여 표기됩니다.</p> |             |                              |         |                                      |               | <p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여 부담 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청할 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 「현금영수증(지출증빙)」은 공제신청에 사용할 수 없습니다.</p> <p>(현금영수증 문의 126 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p> |                     |

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 아간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

[서식 2호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

## 고위험 임신부 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

고위험 임신부 의료비 지원사업과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 인구보건복지협회, 고위험 임신부 의료비 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- ☐ 개인정보(DB) 수집의 목적
- 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원대상자 선정 및 관리
  - 보건소통합정보시스템을 통한 의료비 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
  - 고위험 임신부 의료비 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - 고위험 임신부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보 수집 항목
- 고위험 임신부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 입원 치료횟수 등
- ☐ 개인정보 보유 및 이용기간
- 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- ☐ 개인정보 조화·열람·활용 동의 내용
- 주민등록등(초)본 조화·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
  - 가족관계증명서(가족관계 및 가구원수 확인)
  - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
  - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
  - 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원신청, 입원진료별 세부내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - 고위험 임신부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조화 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

| 성명 | 개인정보<br>수집 및 이용                                                  | 고유식별정보 처리                                                        | 민감정보 처리                                                          | 업무위탁에 따른<br>개인정보처리                                               | 행정정보공동이용<br>조화                                                   |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

본인은 “고위험 임신부 의료비 지원사업 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조화 열람 활용에 동의합니다.

20    년    월    일

| 동의자 성명 | 주민등록번호 | 관계※ | 동의 확인(서명) |
|--------|--------|-----|-----------|
|        |        |     | (인)       |
|        |        |     | (인)       |
|        |        |     | (인)       |
|        |        |     | (인)       |

※ 관계표시 방법 : 본인(고위험 임신부로 진단받은 임신부), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모

※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다

[서식 3호]

## 위 임 장

위임인(위임하는 사람)

성명 :

생년월일:

주 소 :

전화 번호 :

대리인(위임받는 사람)

성명 :

생년월일:

주 소 :

전화 번호 :

위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 고위험 임신부 의료비 지원사업 신청 관련 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

※ 「주민등록법」 제37조 제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정하게 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20 11월 20일

위 임 인: (서명 또는 인)

[서식 4호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 지원결정 통보서

| 고위험 임신부 의료비 지원결정 통보서                                                                                            |                                                                                      |                |       |              |                 |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|--------------|-----------------|---------|
| 지원<br>대상자                                                                                                       | 성 명                                                                                  |                |       | 생년월일         |                 |         |
|                                                                                                                 | 연락처                                                                                  | (주소)<br>(전자메일) |       |              | (자택전화)<br>(휴대폰) |         |
|                                                                                                                 | 지급<br>계좌번호                                                                           |                |       | 은행명/예금주      |                 |         |
| 입원<br>진료비<br>지원신청<br>내역                                                                                         | 지원신청<br>의료비<br>(C+D+E)                                                               | 급여진료비          |       |              | 비급여진료비          |         |
|                                                                                                                 |                                                                                      | A              | B     | C            | D               | E       |
|                                                                                                                 |                                                                                      | 본인부담금          | 공단부담금 | 전액<br>본인부담   | 선택진료료           | 선택진료료 외 |
|                                                                                                                 | 원                                                                                    | 원              | 원     | 원            | 원               | 원       |
| 지원제외<br>금액                                                                                                      | 원                                                                                    | 지원대상<br>금액     | 원     | 의료비<br>지원결정액 | 원               |         |
| 유의사항                                                                                                            | 의료비 지급 후 타 법률 등에 의한 지원금·후원금 등을 받은 경우, 반드시 관할 보건소에<br>관련 내용을 신고하여야 하고 지급한 의료비를 환수 조치함 |                |       |              |                 |         |
| <p>위와 같이 고위험 임신부 의료비 지원금 지원결정을 통보합니다.</p> <p>20      년      월      일</p> <p style="text-align: right;">보건소장</p> |                                                                                      |                |       |              |                 |         |



[서식 5호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 환수결정 통보서

| 고위험 임신부 의료비지원 환수결정 통보서                                                                                          |                                                                         |                |       |                       |        |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------------|--------|---------|
| 환수<br>대상자                                                                                                       | 성 명                                                                     |                |       | 생년월일                  |        |         |
|                                                                                                                 | 연락처                                                                     | (주소)<br>(전자메일) |       | (자택전화)<br>(휴대폰)       |        |         |
|                                                                                                                 | 보건소<br>환수계좌                                                             |                |       | 은행명/예금주               |        |         |
| 입원진료비<br>지원신청<br>내역                                                                                             | 지원신청<br>의료비<br>(C+D+E)                                                  | 급여진료비          |       |                       | 비급여진료비 |         |
|                                                                                                                 |                                                                         | A              | B     | C                     | D      | E       |
|                                                                                                                 |                                                                         | 본인부담금          | 공단부담금 | 전액본인부담                | 선택진료료  | 선택진료료 외 |
|                                                                                                                 | 원                                                                       | 원              | 원     | 원                     | 원      | 원       |
| 환수사유                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 개인 또는 단체 후원금<br><input type="checkbox"/> 기타( ) |                |       | 의료비지원<br>기결정액<br>(a)  | 원      |         |
|                                                                                                                 |                                                                         |                |       | 의료비지원<br>재결정액<br>(b)  | 원      |         |
| 지원제외<br>금액                                                                                                      | 원                                                                       | 지원대상<br>금액     | 원     | 의료비<br>환수결정액<br>(a-b) | 원      |         |
| <p>위와 같이 고위험 임신부 의료비 지원금 환수결정을 통보합니다.</p> <p>20      년      월      일</p> <p style="text-align: right;">보건소장</p> |                                                                         |                |       |                       |        |         |

[서식 6호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 실적보고서

1. 사업실적 산출형태(시·도/시·군·구별, 보건소별, 일자별)

| 구 분                                                                 | 수혜자 현황 |                    |                 |           |                    |                     | 입원<br>치료<br>평균<br>횟수 | 입원진료비<br>발생현황 |        |        | 입원진료비<br>지원현황 |        |        |
|---------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|-----------------|-----------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------|--------|--------|---------------|--------|--------|
|                                                                     | 총계     | 소득구간별<br>(기준 중위소득) |                 |           |                    |                     |                      | 평<br>균        | 최<br>대 | 최<br>소 | 평<br>균        | 최<br>대 | 최<br>소 |
|                                                                     |        | 의료급여<br>수급자        | 국기초<br>및<br>차상위 | 65%<br>이하 | 65%~<br>100%<br>이하 | 100%~<br>150%<br>이하 |                      |               |        |        |               |        |        |
| 총 계                                                                 |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 조기진통<br>(O60)                                                       |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 분만관련 출혈<br>(O67, O72)                                               |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 중증 임신중독증<br>(O11, O14, O15)                                         |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 양막의 조기파열<br>(O42)                                                   |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 태반조기박리<br>(O45)                                                     |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 전치태반<br>(O44, O69.4)                                                |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 절박유산<br>(O20.0)                                                     |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 양수과다증<br>(O40)                                                      |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 양수과소증<br>(O41.0)                                                    |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 분만전 출혈<br>(O46)                                                     |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 자궁경부무력증<br>(O34.3)                                                  |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 고혈압<br>(O10, O13, O16)                                              |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 다태임신<br>(O30, O31)                                                  |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 당뇨병<br>(O24)                                                        |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 대사장애를 동반한<br>임신과다구토<br>(O21.1)                                      |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 신질환<br>(N00-N23)                                                    |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 심부전<br>(I00-I52)                                                    |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 자궁 내 성장제한<br>(O36.5)                                                |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |
| 자궁 및 자궁의<br>부속기 질환<br>(O23.5, O34.0, O34.1,<br>O34.4, O34.8, O41.1) |        |                    |                 |           |                    |                     |                      |               |        |        |               |        |        |

[서식 7호] 고위험 임신부 의료비 지원사업 예산 집행 현황보고서

## 1. 예산 집행 현황 산출형태(시·도/시·군·구별, 보건소별, 일자별)

| 구 분                                                                 | 예산 집행 현황      |                |               |                |                      |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------------|
|                                                                     | 예산액           |                | 집행액           |                | 집행률<br>〈(c+d)/(a+b)〉 |
|                                                                     | 국비 교부액<br>〈a〉 | 지방비 교부액<br>〈b〉 | 국비 집행액<br>〈c〉 | 지방비 집행액<br>〈d〉 |                      |
| 총 계                                                                 |               |                |               |                |                      |
| 조기진통<br>(060)                                                       |               |                |               |                |                      |
| 분만관련 출혈<br>(067, 072)                                               |               |                |               |                |                      |
| 중증 임신중독증<br>(011, 014, 015)                                         |               |                |               |                |                      |
| 양막의 조기파열<br>(042)                                                   |               |                |               |                |                      |
| 태반조기박리<br>(045)                                                     |               |                |               |                |                      |
| 전치태반<br>(044, 069.4)                                                |               |                |               |                |                      |
| 절박유산<br>(020.0)                                                     |               |                |               |                |                      |
| 양수과다증<br>(040)                                                      |               |                |               |                |                      |
| 양수과소증<br>(041.0)                                                    |               |                |               |                |                      |
| 분만전 출혈<br>(046)                                                     |               |                |               |                |                      |
| 자궁경부무력증<br>(034.3)                                                  |               |                |               |                |                      |
| 고혈압<br>(010, 013, 016)                                              |               |                |               |                |                      |
| 다태임신<br>(030, 031)                                                  |               |                |               |                |                      |
| 당뇨병<br>(024)                                                        |               |                |               |                |                      |
| 대사장애를 동반한<br>임신과다구토<br>(021.1)                                      |               |                |               |                |                      |
| 신질환<br>(N00-N23)                                                    |               |                |               |                |                      |
| 심부전<br>(I00-I52)                                                    |               |                |               |                |                      |
| 자궁 내 성장제한<br>(036.5)                                                |               |                |               |                |                      |
| 자궁 및 자궁의<br>부속기 질환<br>(023.5, 034.0, 034.1,<br>034.4, 034.8, 041.1) |               |                |               |                |                      |

[참고 1] 병실입원료 관련 참고사항

● 2·3인실 건강보험 적용 현황

| '18.7.1.~ | '19.7.1.~                       | '20.7.1.~ |
|-----------|---------------------------------|-----------|
| 상급종합·종합병원 | 병원·한방병원<br>(치과병원·의원 제외)         |           |
|           | 만 6세 미만 소아환자,<br>분만을 위해 입원하는 산모 |           |

● 2·3인실 건강보험 적용에 따른 1인실 입원료 변경 사항

- 2·3인실 건강보험 적용에 따라 1인실에 지원하던 기본입원료 지원이 중단\*되고 1인실 입원료가 전액 비급여로 산정됨

\* 기본입원료는 과거 건강보험이 적용되지 않는 상급병실 이용 환자의 부담을 완화하기 위해 지원하던 것으로, 2인실까지 건강보험 적용이 확대됨에 따라 지원 필요성이 감소함

〈예시〉 병원급 1인실 입원료 발생 현황 및 지원 여부

| 입원일        | '19.6.30. 이전             |                                                          | '19.7.1. 이후 |                |
|------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------|
| 1인실<br>입원료 | 기본입원료                    | ⇒ 급여 항목으로서 <b>지원 제외</b>                                  | 전액 비급여      | ⇒ <b>지원 제외</b> |
|            | 1인실 비급여 차액<br>(상급병실료 차액) | ⇒ 상급병실료 차액은 비급여<br>진료비 중 지원 제외 항목에<br>해당하므로 <b>지원 제외</b> |             |                |

## [참고 2] 신질환 및 심부전 세부질환코드

## □ 신질환(N00-N23)

| 질환코드    | 한 글 명                        |
|---------|------------------------------|
| N00-N08 | 사구체질환                        |
| N00     | 급성 신염증후군                     |
| N01     | 급속 진행성 신염증후군                 |
| N02     | 재발성 및 지속성 혈뇨                 |
| N03     | 만성 신염증후군                     |
| N04     | 신증후군                         |
| N05     | 상세불명의 신염증후군                  |
| N06     | 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨     |
| N07     | 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증          |
| N08     | 달리 분류된 질환에서의 사구체장애           |
| N10-N16 | 신세뇨관-간질질환                    |
| N10     | 급성 세뇨관-간질신장염                 |
| N11     | 만성 세뇨관-간질신장염                 |
| N12     | 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염 |
| N13     | 폐색성 및 역류성 요로병증               |
| N14     | 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태  |
| N15     | 기타 신세뇨관-간질질환                 |
| N16     | 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애       |
| N17-N19 | 신부전                          |
| N17     | 급성 신부전                       |
| N18     | 만성 신장병                       |
| N19     | 상세불명의 신부전                    |
| N20-N23 | 요로결석증                        |
| N20     | 신장 및 요관의 결석                  |
| N21     | 하부요로의 결석                     |
| N22     | 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석          |
| N23     | 상세불명의 신장 급통증                 |

□ 심부전(I00-I52)

| 질환코드    | 한 글 명                 |
|---------|-----------------------|
| I00-I02 | 급성 류마티스열              |
| I00     | 심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 |
| I01     | 심장침범이 있는 류마티스열        |
| I02     | 류마티스무도병               |
| I05-I09 | 만성 류마티스심장질환           |
| I05     | 류마티스성 승모판질환           |
| I06     | 류마티스성 대동맥판질환          |
| I07     | 류마티스성 삼첨판질환           |
| I08     | 다발판막질환                |
| I09     | 기타 류마티스심장질환           |
| I10-I15 | 고혈압성 질환               |
| I10     | 본태성(원발성) 고혈압          |
| I11     | 고혈압성 심장병              |
| I12     | 고혈압성 신장병              |
| I13     | 고혈압성 심장 및 신장병         |
| I15     | 이차성 고혈압               |
| I20-I25 | 허혈심장질환                |
| I20     | 협심증                   |
| I21     | 급성 심근경색증              |
| I22     | 후속 심근경색증              |
| I23     | 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증  |
| I24     | 기타 급성 허혈심장질환          |
| I25     | 만성 허혈심장병              |
| I26-I28 | 폐성 심장병 및 폐순환의 질환      |
| I26     | 폐색전증                  |
| I27     | 기타 폐성 심장질환            |
| I28     | 폐혈관의 기타 질환            |
| I30-I52 | 기타 형태의 심장병            |
| I30     | 급성 심장막염               |
| I31     | 심장막의 기타 질환            |
| I32     | 달리 분류된 질환에서의 심장막염     |
| I33     | 급성 및 아급성 심내막염         |
| I34     | 비류마티스성 승모판장애          |
| I35     | 비류마티스성 대동맥판장애         |

| 질환코드 | 한 글 명                      |
|------|----------------------------|
| I36  | 비류마티스성 삼첨판장애               |
| I37  | 폐동맥판장애                     |
| I38  | 상세불명 판막의 심내막염              |
| I39  | 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애 |
| I40  | 급성 심근염                     |
| I41  | 달리 분류된 질환에서의 심근염           |
| I42  | 심근병증                       |
| I43  | 달리 분류된 질환에서의 심근병증          |
| I44  | 방실차단 및 좌각차단                |
| I45  | 기타 전도장애                    |
| I46  | 심장정지                       |
| I47  | 발작성 빈맥                     |
| I48  | 심방세동 및 조동                  |
| I49  | 기타 심장부정맥                   |
| I50  | 심부전                        |
| I51  | 심장병의 불명확한 기록 및 합병증         |
| I52  | 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애       |



## 고위험 임신부 의료비 지원사업 (Q&A)

### ■ 지원신청 및 지급 절차

Q

1. 의사진단서 상 '진단연월일' 기재가 누락된 경우 지원 가능 여부?

A

의사진단서 상 '진단연월일'이 누락되었더라도 '치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견' 등의 항목에 발병일, 진단연월일 등이 기재되어 있어 이를 통해 확인 가능하다면 지원 가능  
- 확인 불가 시 진단연월일 기재한 의사진단서 재발급 필요

Q

2. 지원대상 임신부 사망 시 신청·접수 절차?

A

(신청가능자) 임신부의 배우자 또는 직계 존비속  
(신청절차) 사망 증빙서류 추가 제출(가족관계증명서·사망진단서 등)  
위임장 및 지급계좌 변경동의 불필요  
(신청기관) 임신부의 주민등록 주소지 관할 보건소  
(지원방법) 신청인 명의 입금계좌로 지원결정금 지급

Q

3. 고위험임산부 의료비 지원대상 질환 치료비를 건강보험 임신출산진료비 지원 제도에 따른 국민행복카드로 결제한 경우 이를 타 법률·제도에 의한 지원으로서 중복지원으로 보고 공제해야 하는지?

A

고위험임산부 의료비 지원제도와 임신출산진료비 지원제도는 별개의 제도이므로 중복 지원으로 보지 않고 지원 가능



## ■ 지원 항목 및 범위

**Q** 4. 조기진통으로 입·퇴원 후 36주 4일에 다시 입원하여 조기진통과 전혀 관계없이 제왕절개로 수술하여 분만한 경우, 분만 비용의 지원 가능 여부?

**A** 지원기간(임신주수 20주 이상~37주 미만) 동안 조기진통과 관련하여 발생한 입원치료비에 대해 지원 가능  
 - 37주 이내에 조기진통을 동반한 분만에 한하여 분만 관련 의료비 지원이 가능하므로, 조기진통과 무관한 분만에 대해서는 지원 불가

**Q** 5. 조기진통 지원기간이 임신주수 20주 이상, 37주 미만으로 되어 있는데, 임신주수 18주에 조기진통으로 진단 받은 경우 지원 가능 여부?

**A** 지원기간(임신주수 20주 이상~37주 미만) 동안 발생한 입원치료 건이 있을 경우 최초 진단 임신주수가 18주라도 지원대상에 포함됨

**Q** 6. 조기진통 지원기간 이후까지 입원치료를 받고 포괄수가제 적용 병원의 의료비 세부명세서 상에 일자별 비급여/급여 내역이 안 나올 경우 처리방법?

**A** 전체 입원비용을 입원일자로 나눠 평균금액 산출하여 지원일수 일할 계산

**Q** 7. A병원에서 분만관련 출혈로 진단받고, B병원으로 전원조치되어 자궁색전술을 받은 경우 의료비 지원 가능 범위?

**A** 임신주수 20주 이상 기준 총족 시, 분만관련 출혈로 진단받고 분만관련 출혈 치료를 위한 입원진료비가 발생한 A, B 의료기관 모두 지원 가능

**Q** 8. A병원에서 분만관련 출혈로 1팩 수혈하다가 B병원으로 전원조치되어 입원하고 7팩 수혈하였으나, 지혈되지 않아 치골결합 분리 수술(간헐적 정복금속 고정술)을 받은 경우, 해당 수술비의 지원 가능 여부?

**A** 임신주수 20주 이상 기준 총족 시, 분만관련 출혈로 진단받고 입원치료 지원기간 중 분만관련 출혈 치료를 위한 수술(분만시 조직 파열)에 해당하므로 지원 가능

**Q** 9. A병원에 입원했거나 외래진료를 받았다가 치료가 어려워 B병원으로 전원조치된 경우 전원조치 시 이용한 구급차 사용료 및 이송처치료(의료인 동승)의 지원 가능 여부?

**A** 구급차 사용료 및 이송처치료는 응급수가상 비급여로 적용되고 있고, 고위험 임신질환 치료를 위한 전원 시 이용한 것이므로 지원 가능

**Q** 10. 지원대상 질환코드로 진단받고 원외처방으로 약국에서 약제를 구입하여 병원 의사가 약제를 투여한 경우, 지원 가능 여부?

**A** 고위험 임신질환으로 인한 처방임을 확인할 수 있는 환자보관용 처방전(질병분류기호 등 표기) 및 약국에서 구입한 약제비 영수증 등 원외처방 약제비에 대한 본인부담금 소요비용을 증명할 수 있는 서류 제출 시 지원 가능

**Q** 11. 고위험 임신질환으로 입원치료 받고 퇴원일에 원외처방(비급여)으로 철분제를 처방받아 구입한 경우 지원 가능 여부?

**A** 입원치료한 고위험 임신질환(질환명, 질병코드) 치료를 위해 퇴원후 투약할 약제를 처방받고 구입한 경우라면 지원 가능

**Q** 12. 고위험 임신질환으로 입원치료 중 영양제를 투여한 경우 또는 자연분만 시 회음부 열상주사 및 무통주사(비급여) 지원 가능 여부?

**A** 고위험 임신질환 치료와 관련 있는 비용으로 보고 지원 가능

**Q** 13. 지원 제외 항목에 (보조기, 의료기기 및 의료소모품 구입비)가 포함되어 있는데, 진료비 계산서·영수증 상 치료재료대 비급여 항목 중 어떠한 세부내역 항목의 비용을 제외?

**A** 진료비 세부내역서 상 고위험 임신질환 치료와 관련 없는 치료재료대 항목은 지원 제외(예. 체온계, 대·소변기 등)

**Q** 14. 비급여 항목에서 보호자 식대의 지원 가능 여부?

**A** 환자 보호자의 식대는 국민건강보험법 상 영양급여 및 비급여 항목에 포함되지 않으며, 고위험 임신질환 치료와도 직접적인 관련이 없으므로 지원 불가

**Q** 15. 본 사업 지원신청 시 소요되는 제증명 비용(비급여)의 지원 가능 여부?

**A** 고위험 임신질환 치료와 관련 없는 비급여 의료비에 해당하므로 지원 불가

**Q** 16. 다태임신 등 지원대상 질병코드로 진단받았으나 (분만 전/후 입원치료를 받은 적이 없거나 분만일을 계획하여) 분만만 한 경우, 분만 비용의 지원 가능 여부?

**A** 진단서 상 해당 질환으로 인해(질환과 관련하여) 발생한 분만 비용임이 확인된다면 지원가능

## ■ 기타

**Q** 17. 동일 임신부가 고위험 임신부 의료비 지원사업과 타 사업(영유아사전예방적 건강관리 사업 등)을 보건소에 동시에 신청하면서 타 사업 행정정보공동이용에 동의하여 제출이 생략되는 서류에 대해 인정 가능 여부?

**A** 인정 가능(보건소 전달체계를 활용하는 복지부 관련 사업에서 공유 가능한 서류라면 민원인 편의상 인정하는 것이 바람직)

**Q** 18. 해외에서 출산한 경우 지원 가능 여부?

**A** 지원 불가

## 2024년 모자보건사업 안내

Ministry of Health and Welfare

## 영유아 사전예방적 건강관리

1. 사업개요
2. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원
3. 선천성대사이상 검사 및 환아관리
4. 선천성 난청검사 및 보청기 지원

## Part VI

# 영유아 사전예방적 건강관리



## 1 사업개요

### 가. 사업목적

- 영유아 선천성 건강위험요인의 조기 발견 및 의료비 지원 등을 통한 건강한 성장발달 도모

- (미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원) 미숙아 및 선천성이상아 대상 의료비를 지원하여 환아 가정의 경제적 부담 완화 및 미숙아 등 고위험 신생아의 건강한 성장 발달 도모
- (선천성대사이상 검사 및 환자관리) 선천성대사이상 유무를 조기에 발견·치료하고 특수식이 등을 지속적으로 지원함으로써 정신지체 등 장애 발생을 사전에 예방
- (선천성 난청검사 및 보청기 지원) 선천성 난청의 조기발견으로 재활치료를 통해 언어·지능 발달장애를 예방함으로써 사회부적응 등 후유증 최소화

### 나. 추진경위

- (미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원)
  - '99년 모자보건법 개정, '00년 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원
  - '05년 미숙아의 경우 체중별 의료비 차이가 극심함을 감안하여 체중별 의료비 차등 지원 실시
  - '19년 신생아집중치료실 주요 비급여 항목의 급여화('16.10월) 및 선택진료비 폐지('18.1월)에 따른 미숙아 의료비 지원한도 조정(1kg 미만 구간 신설)
  - '20년 선천성이상아 의료비 지원기한 확대(9월~)
    - \* 출생 후 28일내 진단·수술 → 출생 후 1년내 진단·수술

- '23년 선천성이상아 의료비 지원기한 확대
  - \* 출생 후 1년내 진단·수술 → 출생 후 1년4개월내 진단·수술
- '24년 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지, 선천성이상아 의료비 지원 기한 확대(1년 4개월 → 2년) 및 예외기간 인정(2년 후라도 의사 소견 시)

● (선천성대사이상 검사 및 환아관리)

- '91년 저소득 가정 신생아 대상 검사비 지원, '97년 당해연도 출생하는 모든 신생아로 대사이상 검사 확대 실시
- '06년 검사 종목 확대(2종 → 6종)\*
  - \* 페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 갈락토스혈증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 선천성부신과형성증
- '18.10월 정부지원 선천성대사이상 6종을 포함한 50여종의 “광범위 신생아 선천성대사이상 선별검사” 건강보험 적용으로 지원방식 변경
  - \* 기준 중위소득 180% 이하 가구의 신생아 외래 선별검사 시 발생하는 본인부담금 지원
- '24년 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지

● (선천성 난청검사 및 보청기 지원)

- '07~'08년 신생아 청각선별검사 시범사업 실시
  - \* 16개소('07년), 32개소('08년)
- '09년 전국 단위로 확대 실시(최저생계비 120% 이하 가구 지원)
- '10년 지원 범위 확대(최저생계비 200% 이하 가구 지원)
- '18.10월 난청 선별검사 2종(자동화 이음향 방사검사(AOAE), 자동화 청성뇌간 반응검사(AABR)) 건강보험 적용으로 지원방식 변경
  - \* 기준 중위소득 180% 이하 가구의 신생아 외래 선별검사 시 발생하는 본인부담금 지원
- '19년 난청 환아 대상 보청기 지원
- '24년 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지

## 다. 지원근거 : 모자보건법 제3조 및 제10조

### 〈 모자보건법 〉

**제3조(국가와 지방자치단체의 책임)** ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 모자보건사업에 관한 시책을 마련하여 국민보건 향상에 이바지하도록 노력하여야 한다.

**제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등)** ① 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건전문가(의사·한의사·조산사·간호사의 면허를 받은 사람 또는 간호조무사의 자격을 인정받은 사람으로서 모자보건사업에 종사하는 사람을 말한다)에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다.

② 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등 중 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료 지원을 할 수 있다.

1. 진찰
2. 약제나 치료재료의 지급
3. 처치(處置), 수술, 그 밖의 치료
4. 의료시설에의 수용
5. 간호
6. 이송

### 〈 모자보건법 시행령 〉

**제13조(임산부·영유아 및 미숙아등의 건강관리 등)** ① 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 임산부·영유아 및 미숙아등에게 법 제10조제1항에 따라 다음 각 호의 건강진단 및 예방접종을 하여야 한다.

1. 임산부의 진단과 종합검진 및 산전(産前)·분만·산후(産後)관리
2. 영유아 및 미숙아등에 대한 건강관리 및 건강진단
3. 임산부·영유아 및 미숙아등의 건강상의 위해요인 발견
4. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제24조제1항 각 호의 질병 및 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 질병의 예방접종

② 제1항에 따른 건강진단 및 예방접종의 실시에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.



## 라. 영유아 관련 통계

## □ 출생아수, 조출생률 및 합계출산율

(단위 : 명, 인구 1천 명당 명, 가임여자 1명당 명)

| 구 분   | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    | 2021    | 2022    |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 출생아수  | 435,435 | 438,420 | 406,243 | 357,771 | 326,822 | 302,676 | 272,337 | 260,562 | 249,186 |
| 조출생률  | 8.6     | 8.6     | 7.9     | 7.0     | 6.4     | 5.9     | 5.3     | 5.1     | 4.9     |
| 합계출산율 | 1.21    | 1.24    | 1.17    | 1.05    | 0.98    | 0.92    | 0.84    | 0.81    | 0.78    |

\* 자료출처 : 「2022년 출생통계」 통계청

## □ 영아사망률

(단위 : 출생아 천 명당 명)

| 구 분                 | 2014        | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | 2020        | 2021        | 2022 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| 영아사망률               | 3.0         | 2.7         | 2.8         | 2.8         | 2.8         | 2.7         | 2.5         | 2.4         | 2.3  |
| OECD평균<br>(대상 국가 수) | 4.5<br>(38) | 4.4<br>(38) | 4.4<br>(38) | 4.3<br>(38) | 4.2<br>(38) | 4.2<br>(37) | 4.1<br>(37) | 4.0<br>(35) | -    |

\* 영아사망률(Infant Mortality Rate) = (당해연도 0세 사망아 수/당해연도 연간 출생아 수)×1,000

\* 자료출처 : 「2022년 영아사망·모성사망·출생전후기사망 통계」 통계청, OECD.Stat, Health Status Data  
(2023.10. 추출)

## □ 미숙아 발생 추이

(단위 : %, 천명)

| 구 분                      |     | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 저체중<br>출생아<br>(2.5kg 미만) | 발생률 | 5.7  | 5.7  | 5.9  | 6.2  | 6.2  | 6.6  | 6.8  | 7.2  | 7.8  |
|                          | 발생수 | 24.8 | 25.1 | 23.8 | 22.0 | 20.2 | 19.9 | 18.3 | 18.7 | 19.2 |
| 조산아<br>(37주 미만)          | 발생률 | 6.7  | 6.9  | 7.2  | 7.6  | 7.8  | 8.1  | 8.5  | 9.2  | 9.8  |
|                          | 발생수 | 29.1 | 30.4 | 29.4 | 27.1 | 25.2 | 24.4 | 22.9 | 23.8 | 24.3 |

\* 자료출처 : 「2022년 출생통계」 통계청

## 2 • 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원

### 가. 미숙아 및 선천성이상아 등록관리

#### 1) 법적근거

##### 〈 모자보건법 〉

**제8조(임산부의 신고 등)** ④ 의료기관의 장은 해당 의료기관에서 미숙아나 선천성이상아가 출생하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건소장에게 보고하여야 한다.

⑤ 제4항에 따른 미숙아 또는 선천성이상아(이하 “미숙아등”이라 한다)의 출생을 보고받은 보건소장은 그 보호자가 해당 관할 구역에 주소를 가지고 있지 아니하면 그 보호자의 주소지를 관할하는 보건소장에게 그 출생 보고를 이송하여야 한다.

**제9조의2(미숙아등의 정보 기록·관리)** 제8조제4항과 제5항에 따라 미숙아등의 출생 보고를 받은 보건소장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미숙아등에 대한 정보를 기록·관리하여야 한다.

#### 미숙아 및 선천성이상아의 정의

- 모자보건법 제2조(정의) 5. “미숙아(未熟兒)”란 신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
- 6. “선천성이상아(先天性異常兒)”란 선천성 기형(奇形) 또는 변형(變形)이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 영유아를 말한다.
- 모자보건법 시행령 제1조의2(미숙아 및 선천성이상아의 기준) 「모자보건법」 제2조제5호 및 제6호에 따른 미숙아 및 선천성이상아의 기준은 다음 각 호와 같다.
  1. 미숙아 : 임신 37주 미만의 출생아 또는 출생 시 체중이 2천500그램 미만인 영유아로서 보건소장 또는 의료기관의 장이 임신 37주 이상의 출생아 등과는 다른 특별한 의료적 관리와 보호가 필요하다고 인정하는 영유아
  2. 선천성이상아: 보건복지부장관이 선천성이상의 정도·발생빈도 또는 치료에 드는 비용을 고려하여 정하는 선천성이상에 관한 질환이 있는 영유아로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 영유아
    - 가. 선천성이상으로 사망할 우려가 있는 영유아
    - 나. 선천성이상으로 기능적 장애가 현저한 영유아
    - 다. 선천성이상으로 기능의 회복이 어려운 영유아

## 2) 미숙아·선천성이상아 보고 관리 및 지원사업 홍보

- 미숙아 및 선천성이상아 치료·관리에 종사하는 의사, 조산사 및 간호사는 물론 학회 등 관련 단체 대상으로 사업의 취지와 목적을 홍보하여 미숙아·선천성 이상아 출생 직후 관할 보건소에 보고하도록 유도
- 미숙아 및 선천성이상아의 효율적인 등록을 위하여 의료기관 및 임산부 등을 대상으로 등록 관리의 취지와 의료비 지원사업에 대한 교육 및 홍보 실시

## 3) 등록카드 작성 관리 및 의료지원 등 관리방안 계획 수립·시행

- 미숙아 및 선천성이상아의 출생을 보고 받은 보건소장은 등록카드를 작성·관리 (전산망 입력 관리 가능)하고 의료기관과 연계하여 특별관리 및 정보체계 구축
- 시장·군수·구청장은 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 방문건강 관리 사업과 연계하여 동 가정을 방문하여 보건의료서비스를 제공하는 등 필요한 조치 등에 대한 계획 수립 및 시행

## 나. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원

### 1) 지원대상 및 지원내용(\* '24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 1)-가. | 미숙아(저체중아 및 조산아) 의료비 지원 |
|-------|------------------------|

#### ① 지원 요건

- 긴급한 수술 또는 치료가 필요하여 **출생 후 24시간 이내에 신생아중환자실(NICU)에 입원한 미숙아**
  - \* 신생아중환자실 부족에 따른 대기 또는 이송의 사유로 출생 후 24시간 이내에 신생아중환자실에 입원하지 못한 경우, 의료기관의 확인을 받아 지원 가능

#### ② 지원 범위

- 요양기관에서 발급한 진료비 영수증(약제비 포함)에 기재된 급여 중 전액본인 부담금 및 비급여 진료비
  - \* 한국회귀의약품센터에서 구입한 의약품은 처방전 또는 진단서가 있는 경우에 한하여 지원 가능

#### ③ 지원 제외

- 재입원, 외래 및 재활치료, 이송비, 제증명서 발급비용, 병실입원료, 보호자 식대, 미숙아용 기저귀, 치료와 직접 관련이 없는 소모품(체온계 등), 예방접종비\*, 외국 의료기관에서 발생한 진료비 등
  - \* 치료 목적이 포함된 예방접종비의 경우 의료기관에 확인 후 지원 가능
- 간이영수증으로 발급받은 의료비 또는 개인이 직접 구입한 소모품비
  - \* 단, 요양기관에서 발급한 간이영수증 중 검사비, 처치 및 수술료 등은 의료기관에 확인 후 지원 가능

#### ④ 지원금액 산정방법 및 지원한도

- 지원대상 금액\*별 지원을 차등 적용
  - \* 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산금액에서 지원제외 항목분을 차감한 금액

- 지원대상 금액 중 100만원 이하분에 대해서는 지원을 100%를, 100만원 초과분에 대해서는 지원을 90%를 각각 적용  
 예) 지원대상 금액이 130만원인 경우 지원금액 산정방법  

$$100\text{만원} + \{(130\text{만원} - 100\text{만원}) \times 0.9\} = 127\text{만원}$$

#### - 지원한도

| 출생시 체중   | 2.0kg~2.5kg 미만, 재태기간 37주 미만 | 1.5kg~2.0kg 미만 | 1kg~1.5kg 미만 | 1kg 미만 |
|----------|-----------------------------|----------------|--------------|--------|
| 1인당 지원한도 | 3백만원                        | 4백만원           | 7백만원         | 10백만원  |

## 1)-나. 선천성이상아 의료비 지원

## ① 지원 요건

- 출생 후 2년 이내에 선천성이상(Q코드)으로 진단받고, 선천성이상 질환을 치료하기 위하여 출생 후 2년\* 이내에 입원하여 수술\*\*한 경우
  - \* 출생 후 2년 이내에 진단을 받았으나 2년 이내에 입원·수술을 할 수 없다는 의사소견이 있을 시, 2년을 경과하더라도 예외적으로 인정 가능
  - \*\* 반드시 입원하여 치료를 위한 수술을 시행하고 그에 따른 치료비용에 한하여 지원(기능상 문제로 인한 치료목적의 수술이 아닌 외모개선 목적의 수술은 제외)
- 2회 이상 입·퇴원하며 수술한 경우도 지원 가능하며, 의료비는 최종 수술이 끝난 후 일괄 신청하도록 안내

| 사 례                                                                                                    | 지원여부                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| '22.9.1. 출생 후 '23.3.2. 선천성이상으로 진단받고 1차 수술을 위해 '23.11.1.~11.5. 입·퇴원 및 2차 수술을 위해 '24.8.27.~9.5. 입·퇴원한 경우 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• '23.11.1.~11.5. 및 '24.8.27.~8.31. 입원 기간 발생한 의료비는 지원</li> <li>• '24.9.1.~9.5. 입원기간 발생한 의료비는 지원하지 않음</li> </ul> |

- 임상적 추정은 수술 치료 후 최종 진단이 임상적 추정 진단과 동일할 경우 지원 가능
- 지원대상 질환명이 주상병이 아닌 부상병으로 기재된 경우, 관련 내역을 확인하여 지원 가능

## ② 지원 범위

- 요양기관에서 발급한 진료비 영수증(약제비 포함)에 기재된 급여 중 전액본인 부담금 및 비급여 진료비
  - \* 한국희귀의약품센터에서 구입한 의약품은 처방전 또는 진단서(희귀약품 신청용)가 있는 경우에 한하여 지원 가능

## ③ 지원 제외

- 외래 및 재활치료, 이송비, 제증명서 발급비용, 병실입원료, 보호자 식대, 치료와 직접 관련이 없는 소모품(체온계 등), 예방접종비\*, 외국 의료기관에서 발생한 진료비 등
  - \* 치료 목적이 포함된 예방접종비의 경우 의료기관에 확인 후 지원 가능

- 선천성부이개(Q17.0, Q82.8 포함), 설유착증(Q38.1)
- 구개구순(Q35~Q37) 수술 시 동반한 코성형\*
  - \* 코성형은 기능상 문제로 인해 반드시 수술이 필요하다는 명확한 사유가 기재된 소견서가 첨부되어야 지원 가능(‘필요에 의해’ 등 불명확한 소견서는 지원 불가)
- 간이영수증으로 발급받은 의료비 또는 개인이 직접 구입한 소모품비
  - \* 단, 요양기관에서 발급한 간이영수증 중 검사비, 처치 및 수술료 등은 의료기관에 확인 후 지원 가능

#### ④ 지원금액 산정방법 및 지원한도

- 지원대상 금액\*별 지원을 차등 적용

\* 전액본인부담금 및 비급여 진료비 합산금액에서 지원제외 항목분을 차감한 금액

- 지원대상 금액 중 100만원 이하분에 대해서는 지원을 100%를,  
100만원 초과분에 대해서는 지원을 90%를 각각 적용  
예) 지원대상 금액이 130만원인 경우 지원금액 산정방법  

$$100\text{만원} + \{(130\text{만원} - 100\text{만원}) \times 0.9\} = 127\text{만원}$$

- 지원한도 : 1인당 500만원

#### 1)-다. 선천성이상 질환을 가지고 미숙아로 태어난 경우

- ① 지원한도 : 미숙아 출생체중별 지원한도(3~10백만원) + 선천성이상아 지원한도(5백만원)

| 출생시 체중 | 2.0kg~2.5kg 미만,<br>재태기간 37주 미만 | 1.5kg~2.0kg 미만 | 1kg~1.5kg 미만 | 1kg 미만 |
|--------|--------------------------------|----------------|--------------|--------|
| 미숙아    | 3백만원                           | 4백만원           | 7백만원         | 10백만원  |
| 선천성이상아 | 5백만원                           |                |              |        |
| 총 지원한도 | 8백만원                           | 9백만원           | 12백만원        | 15백만원  |

#### ② 산정방법

- 미숙아 및 선천성이상아 의료비 구분 산정
  - 미숙아 의료비는 신생아중환자실 입원을, 선천성이상아 의료비는 수술비를 기준으로 각각 우선 산정
  - 미숙아와 선천성이상 질환의 치료 기간이 각각 다른 경우 반드시 분리하여 지원금액 산정

- 질환별 의료비 발생내역의 명확한 구분이 용이하지 않으나, 담당 의료진의 협조를 통하여 구분 가능한 수준까지 분리하여 산정
- 단, 미숙아 및 선천성이상 치료가 동시에 이루어져 질환별 의료비 발생내역 구분이 불가능한 경우 총 지원한도 내에서 지원 가능

◆ 참고사항

- ('17.10월) 신생아(출생 후 28일 이내) 입원진료비 중 본인부담금 면제, 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담률 완화(5% 적용)
- ('19.1월) 만 1세 미만 아동 외래진료비 본인부담률 완화(5~20% 적용)
- ('20.1월) 미숙아(조산아 및 저체중출생아) 외래진료비 본인부담률 완화(5세까지 5% 적용)

## 2) 지원절차

### ● 지원신청

- 신청방법 : 대상 영아의 부모가 (최종)퇴원일로부터 6개월 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청

\* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, 보건소장이 6개월 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능

\*\* 퇴원전 의료비 신청(중간정산)은 청구금액이 지원한도를 초과한 경우에만 가능

### ● 제출서류

| 구 분            | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청자 제출<br>(공통) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지원 신청서 1부</li> <li>■ 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 퇴원전 의료비 신청 시, 퇴원전 중간진료비영수증 제출</li> </ul> </li> <li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li> <li>■ 주민등록등본 1부*</li> <li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
| 해당자 제출<br>(추가) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (미숙아) 출생보고서 또는 출생증명서 1부</li> <li>■ (선천성이상아) 진단서, 입·퇴원확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 입·퇴원확인서는 입원횟수별로 제출. 단, 진단서 상에 각각의 입·퇴원 진료기록이 모두 기재된 경우에는 생략 가능</li> </ul> </li> <li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부 확인서 각 1부*                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li> <li>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</li> </ul> </li> </ul> |

## ● 지급기간

- 지원신청을 받은 날로부터 한 달 이내에 지급 원칙
  - ※ 예산부족 등으로 행정처리 지연이 불가피한 경우, 신청자에게 지연사유를 충분히 설명하여 불필요한 민원 발생 최소화
- 연도 말에 의료비 지원신청하여 확인·검토과정에서 회계연도를 넘긴 경우 또는 당해연도 예산 부족으로 지급하지 못한 의료비는 차기연도 예산 집행 시점 이후에 지급 가능

## ● 본인부담금 지급보증제 이용 절차

본인부담금(전액본인부담금 및 비급여 진료비) 지급보증제란 환아 가정에서 의료비 완납이 불가능한 경우 지원한도 내에서 의료기관이 직접 보건소로 의료비 지급을 신청하고 나머지 차액을 환아 가정이 부담하는 제도

- 보호자는 의료비 신청서 등 구비서류를 보건소에 제출
  - ※ 구비서류 중 진료비영수증 대신 '퇴원전 진료비계산서'를 제출하고, 의료비 지원신청서의 '입금 은행 및 계좌번호'란에 '병원으로 직접 지급 요청'으로 기재
- 보건소는 해당 영아가 의료비 지원대상자임을 의료기관에 통보하고 의료비 지원금 지급을 보증
- 의료기관은 총 진료비 중 의료비 지원금을 보건소에 공문으로 청구하고 나머지 금액은 환아 가정에 청구
  - ※ 보건소에 청구 시 공문과 함께 입금통장사본 별도 첨부
- 보건소는 제출서류를 근거로 의료비 지원금을 의료기관으로 직접 지급
- 보건소는 관내 의료기관에 협조를 요청하여 지급보증제가 차질 없이 실시 되도록 준비

## ● 후원금 등의 공제 및 환수

- 타 법률·제도에 의하여 지원받거나 각종 후원단체에서 후원받은 의료비 등이 있는 경우,
  - 지원 또는 후원받은 의료비의 항목별 구분(일부분인부담금/전액본인부담금/비급여)이 명확하다면, 해당 항목에서 지원받은 것으로 간주하여 공제 후 지원



- 항목별 구분이 불명확하다면, 실제 납부한 총 진료비 중 급여의 일부 본인 부담금 부분을 우선 공제한 후 급여의 전액본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원
- 과지급된 금액 등이 있어 1인당 지원한도를 초과하는 경우는 환수 사유에 해당
  - ※ 지원결정금 통보 시, 환수 사유가 발생할 경우 반드시 해당 보건소에 관련 내용을 신고하도록 안내하고 환수 사유가 추가로 발생·확인되는 경우 기 지원받은 금액에 대하여 환수할 수 있음을 고지하도록 함
- 지원대상자에게 환수 사유를 설명하고, 환수결정액은 [서식 4호]를 활용하여 우편 또는 이메일로 통보
- 보건소 계좌로 반환 후, 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 정보시스템에 환수 등록 처리

| 단계 | 구분              | 업무 흐름                                                                                                                                                                                                                                                                      | 비고                             |
|----|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 출생 | 출생 보고           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 미숙아 및 선천성이상아 출생 보고</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     | 의료기관<br>↓<br>보건소               |
|    | 출생 등록 및 지원사업 안내 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 출생 등록 및 지원사업 안내(우편 또는 SMS)*</li> </ul> <p>* 의료기관으로부터 출생 보고를 받은 관할보건소장은 접수일로부터 1개월(이송 받은 경우에는 2주) 이내에 환아부모에게 의료비 지원내용을 안내</p>                                                                                                      | 보건소<br>↓<br>환아가정 또는 의료기관       |
| 신청 | 의료비 지원신청        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● (환아가정) 의료비 지원신청</li> <li>● (환아가정) 필요시 의료기관에 지급보증 요청<br/>↳ (의료기관) 보건소로 지급보증 신청</li> <li>● (보건소) 지원기준 적합여부 검토, 지원금액 산정 등</li> </ul>                                                                                                 | 환아가정 또는 의료기관<br>↓<br>시·군·구 보건소 |
| 지원 | 의료비 지급          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 납부한 전액본인부담금 및 비급여 중 지원한도 내 의료비 지급</li> <li>* 중간계산의료비 지원신청 시 지원 가능</li> <li>● 의료기관 지급보증 시 환아가정은 지급보증금액 (보건소에서 의료기관으로 직접 지급)을 제외한 나머지 비용을 의료기관에 지불한 후 퇴원<br/>↳ 체중별 지원한도 범위 내에서 의료기관 지급보증 금액을 제외한 나머지 금액에 대해 보건소로 지원신청 가능</li> </ul> | 시·군·구 보건소<br>↓<br>환아가정 또는 의료기관 |
|    | 지급보증 처리         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지급보증금액 지불요청 및 지급</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       | 의료기관<br>↔ 보건소                  |

## 5) 기타 유의사항

- 치료 도중 사망하거나 미혼모 등 혼인 신고가 이루어지지 않은 상태에서 출생한 영아에게도 의료비 지원 가능
- 유기된 미숙아에 대한 의료비 지원은 시설 등의 입소 후 시설장이 지원 신청하는 것을 원칙으로 하며, 시설 입소 등이 여의치 않은 경우에는 의료기관이 신청할 수 있음(단, 퇴원 전 미숙아가 사망하고 보호자 부재 시 의료기관의 의료비 신청 불가)

### ● 심장병 관련 진료비 지원사업(한국심장재단) 안내

- 대상 : 경제적 형편이 어려운 선·후천성 심장병 등 환자 중 심사를 통해 지원 결정
- 내용 : 수술비(수술비 지원받은 후 1년 이내의 후유증 치료비) 지원
- 연락처 : 02-414-5321~3([www.heart.or.kr](http://www.heart.or.kr))

### ● 질병관리청 희귀질환과 ‘희귀질환자 의료비 지원사업’ 안내

- 지원대상 : 질병관리청 희귀질환 헬프라인([helpline.kdca.go.kr](http://helpline.kdca.go.kr))-지원사업 메뉴 참고
- 내용 : 의료비 중 본인부담금(산정특례 10%) 지원
- 선천성이상아 의료비 지원신청 시, 해당 선천성이상 질환이 희귀질환자 의료비 지원사업의 대상 질환일 경우 산정특례자 등록 및 의료비(본인부담금) 지원 안내
- \* 희귀질환자 의료비 지원대상 선천성이상(Q코드) 질환은 [참고 2] 확인

## 6) 행정사항

- 보건소장은 관내 의료기관으로부터 미숙아 등 출생보고서(모자보건법 시행규칙 별지 제8호의2 서식)에 의거하여 보고된 자와 비교·확인 후 미숙아 의료비 지원
- 의료기관으로부터 미숙아나 선천성이상아 출생 보고를 받은 관할 보건소장은 접수일로부터 1개월(이송 받은 경우에는 2주) 이내에 의료비 지원내용을 우편 또는 SMS로 안내
- 시·도의 형편과 사업의 효율성 등을 감안하여 의료비 지급창구를 시·도지사 또는 시장·군수·구청장으로 할 수 있음
- 보건소장은 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 실적을 매분기 말에 시·도지사에게, 시·도지사는 반기 익월 15일까지 보건복지부장관에게 보고함

- 효율적인 예산 집행을 위하여 보건복지부 장관의 승인을 받아 영유아 사전 예방적 건강관리 사업의 내역사업 간 예산을 변경할 수 있음

## 다. 미숙아 지속관리 시범사업

### 1) 추진배경

- NICU 입원 미숙아의 건강한 성장을 위해 NICU 퇴원 후 추가적인 치료 및 발달과정에 대한 지속관리 필요성 대두
- 미숙아는 재태주수가 짧을수록, 출생체중이 적을수록 신경발달 지연 등 성장 위험을 겪을 위험이 크므로 전문가에 의한 장기 추적관찰 필요

### 2) 시범사업 개요

- 사업목적: 신생아집중치료실(NICU)을 퇴원한 미숙아가 건강하게 성장·발달 할 수 있는 지원체계 구축
- 사업대상: 시범사업 대상지역\* 소재 종합병원 및 상급종합병원에서 출생후 NICU를 퇴원한 교정연령\*\* 만 3세 이하 1.5kg 미만 또는 32주 미만 미숙아
  - \* '21년 시범사업 도입(3개 지역)→'22년 확대시행(6개 지역-서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 경기(수원))
  - \*\* 출생일 기준으로 계산한 원래 연령에서 분만예정일(임신 40주)보다 일찍 태어난 만큼의 기간을 뺀 연령
- 사업내용: 전문 코디네이터(간호사)의 중재\*를 통해 미숙아가 신생아집중치료실을 퇴원한 이후에도 계속 병원을 방문하여 의사\*\*로부터 교정월령별로 성장·발달상황을 상담·검사하고 적절한 치료를 받도록 관리 지원
  - \* 미숙아 부모와 연락하여 병원방문 예약관리, 문진표·발달선별검사표 작성·전달, 타 병원 재활·타과 안내·연계, 카톡채널 상담, 웹 설문·상담, 진료기록 DB 입력 등
  - \*\* 교정연령별(4·8·18·24·36개월)로 마련한 추적관찰 프로토콜에 따라 성장, 신체진찰, 신경학적 검진, 한국형 영유아 발달선별검사(K-DST), 질병 상태 평가 등
- 추진체계: 공모를 통해 선정된 시범사업 수행자가 한국신생아네트워크(KNN)\*와 협력하여 수행
  - \* 신생아집중치료실(NICU)을 운영하는 전국 병원 중 76개 병원이 참여 중

3) 협조사항(시범사업 시행대상 지역 보건소)

- 환아 부모가 시범사업에 적극 참여할 수 있도록 관할 의료기관으로부터 미숙아 출생보고를 받거나 미숙아 의료비 지원을 신청한 경우 환아 부모에게 시범사업 내용을 적극 안내 바람

※ 시범사업 관련 세부 내용 문의: 대한신생아학회(☎02-730-1993)

## [서식 1]

| 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 신청서                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| (접수번호 : )                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ① 임신부 성명 및<br>생년월일                                                                                                                                                                                  | 성명:<br>생년월일:   년   월   일                                                                                                               | ② 유아성명 및 성별        | 성명:<br>성별: <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 남         | ③배우자<br>(보호자)성명                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ④ -1) 주소                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        |                    | ④-2) 전화번호                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑤ 난임시술여부<br>※난임시술을 통해 임신<br>하고 출산한 경우                                                                                                                                                               | 난임 시술 종류<br><input type="checkbox"/> 체외수정 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 해당없음                                  |                    |                                                                          | 시술비용 부담<br><input type="checkbox"/> 국가지원 <input type="checkbox"/> 자비 <input type="checkbox"/> 기타                                                                                                                                          |            |                 |
| ⑥ 분만(진 단)<br>기관명                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |                    | ⑦분만일자(생년월일)                                                              |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑧ 출생시 체중                                                                                                                                                                                            | g(반드시 gm단위로 작성)                                                                                                                        |                    | ⑨ 임신기간 : 임신 ( )주( )일 분만                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑩ 선천성이상질환명<br>(질병분류코드)                                                                                                                                                                              | 주상병)<br>부상병1)<br>부상병2)                                                                                                                 |                    | ⑪ 다태아 및<br>출생순위                                                          | <input type="checkbox"/> 단태아<br><input type="checkbox"/> 쌍태아(쌍둥이) → 쌍둥이 중 <input type="checkbox"/> 첫번째 <input type="checkbox"/> 두번째<br><input type="checkbox"/> 삼태아(세쌍둥이 이상) → <input type="checkbox"/> 쌍둥이 중 <input type="checkbox"/> 번째 |            |                 |
| ⑫ 입원치료기관명                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                    | ⑬ 입원기간                                                                   | 년 월 일 ~ 년 월 일(일간)                                                                                                                                                                                                                         |            |                 |
| ⑭ 진료비(원)                                                                                                                                                                                            | 총진료비<br>(A + B + C+D)                                                                                                                  | 환자부담금소계<br>(A+C+D) | 급여부분 진료비                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |            | 비급여부분<br>진료비(D) |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |                    | 본인부담금(A)                                                                 | 공단부담금(B)                                                                                                                                                                                                                                  | 전액본인부담금(C) |                 |
| ⑮ 지급보증신청<br>여부                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                |                    | ⑯ 입금은행 및 계좌번호                                                            |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑰ 의료급여<br>수급권자                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1종 수급자 / <input type="checkbox"/> 2종 수급자 / <input type="checkbox"/> 차상위 / <input type="checkbox"/> 산정특례(질병코드) |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑱ 국가지원 및<br>후원 등 확인                                                                                                                                                                                 | 긴급의료비 등 국가지원                                                                                                                           |                    | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(기관 : , 금액 : 원)   |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
|                                                                                                                                                                                                     | 개인·단체 등 민간후원                                                                                                                           |                    | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(내용 : , 금액 : 원)   |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
|                                                                                                                                                                                                     | 환급금 수령여부                                                                                                                               |                    | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(진료기간 : , 금액 : 원) |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑲ 유 의 사 항                                                                                                                                                                                           | - 허위 기재 시 지원대상 제외 및 의료비 지급 시 환수<br>- 국민건강보험공단 환급 및 지원 후 추가 후원이 발생하는 경우 환수처리 할 수 있음                                                     |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
|                                                                                                                                                                                                     | 유의사항 안내여부                                                                                                                              |                    | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                  | 환수 등 조치 시 동의                                                                                                                                                                                                                              |            | 동의자 : (서명)      |
| <p style="text-align: center;">별지 관계서류를 첨부하여 상기와 같이 의료비 지원을 신청합니다.</p> <p>신청인 주소<br/>본인과의 관계<br/>신청자 성명                      서명 또는 인                      년    월    일<br/>_____시·군·구청장(보건소장) 귀하</p> |                                                                                                                                        |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ⑳ 보건소장 심사 의견 :                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                        |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |
| ㉑ 의료비지원 결정액(원) : ㉒결정 연월일 : ㉓지급 연월일:                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                        |                    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[ ]외래 [ ]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서·영수증

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------|------------------|--------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 환자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | 환자 성명                                    |                  | 진료기간   |               | 야간(공휴일)진료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                          |                  | 부터 까지  |               | [ ] 야간 [ ] 공휴일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
| 진료과목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 질병군(DRG)번호                               |                  | 병실     |               | 환자구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                          |                  |        |               | 영수증번호(연월-일련번호)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
| 항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | 급여                                       |                  | 비급여    |               | 금액산정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 일부 본인부담<br>본인부담금                         | 전액 본인부담<br>공단부담금 | 선택 진료료 | 선택 진료료 외      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 기본<br>항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 진찰료         |                                          |                  |        |               | ⑦ 진료비 총액<br>(①+②+③+④+⑤)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 입원료         | 1인실                                      |                  |        |               | ⑧ 환자부담 총액<br>(①-⑥)+③+④+⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 2·3인실                                    |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 4인실 이상                                   |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 식대          |                                          |                  |        |               | ⑨ 이미 납부한 금액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 투약 및<br>조제료 | 행위료                                      |                  |        |               | ⑩ 납부할 금액<br>(⑧-⑨)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 약품비                                      |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 주사료         | 행위료                                      |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 약품비                                      |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 마취료         |                                          |                  |        |               | ⑪ 납부할<br>금액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 카드    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 처치 및 수술료    |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 현금영수증 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 검사료         |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 현금    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 영상진단료       |                                          |                  |        |               | 합계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 방사선진료료      |                                          |                  |        |               | 납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 치료재료대       |                                          |                  |        |               | 현금영수증( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 재활 및 물리치료료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                          |                  |        | 신분확인번호        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 정신요법료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                          |                  |        | 현금영수증 승인번호    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 전혈 및 혈액성분제제료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                          |                  |        | * 요양기관 임의활동공간 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 선택<br>항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CT 진단료      |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | MRI 진단료     |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PET 진단료     |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 초음파 진단료     |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 보철·교정료      |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 65세 이상 등 정액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 정액수가(요양병원)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 정액수가(완화의료)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 질병군 포괄수가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                          |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 합계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | ①                                        | ②                | ③      | ④             | ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| 상한액 초과금                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | ⑥                                        |                  |        |               | 선택진료 신청 [ ] 유 [ ] 무                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |
| 요양기관 종류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | [ ] 의원급·보건기관 [ ] 병원급 [ ] 종합병원 [ ] 상급종합병원 |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 사업자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                                          |                  | 상호     |               | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
| 사업장 소재지                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                                          |                  | 대표자    |               | [인]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 년 월 일                                    |                  |        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 항목별 설명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                          |                  |        |               | 일반사항 안내                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |
| <p>1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관과 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등</p> <p>※ 식대: 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률</p> <p>※ 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%</p> <p>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> <p>※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다.</p> <p>4. 「질병군 포괄수가」란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련되는 여러 의료행위를 하나의 행위로서 정하여 요양급여비용을 결정하는 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목에 합산하여 표기됩니다.</p> |             |                                          |                  |        |               | <p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험 심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청할 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제 신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당함)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 「현금영수증(지출증빙)」은 공제신청에 사용할 수 없습니다.</p> <p>(현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p> |       |

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

## [서식 2]

## 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

## - 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- ☐ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 대상자 선정 및 관리
  - ☐ 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
  - ☐ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - ☐ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
- ☐ 미숙아 및 선천성이상아 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
  - ☐ 미숙아 및 선천성이상아 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
  - ☐ 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- ☐ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용(행정정보 공동이용) 동의내용
- ☐ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
  - ☐ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
  - ☐ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
  - ☐ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
  - ☐ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - ☐ 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - ☐ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- ☐ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

| 성명 | 개인정보<br>수집 및 이용                                                  | 고유식별정보 처리                                                        | 민감정보 처리                                                          | 업무위탁에 따른<br>개인정보 처리                                              |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

본인은 “의료비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20    년    월    일

| 동의자 성명 | 주민등록번호 | 관계 | 동의확인(서명) |
|--------|--------|----|----------|
|        |        |    | (인)      |
|        |        |    | (인)      |
|        |        |    | (인)      |
|        |        |    | (인)      |

※ 관계표시 방법 : 본인(의료비 지원신청자), 배우자, (시)부모, 조부모, 기타

※ 대상 : 건강보험료 산정 시 가구원수에 포함되는 사람



[서식 3]

| 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지급 신청서(지급보증 요양기관용)                                                                                                                                  |                                                                                                                        |                     |              |                      |                |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|----------------------|----------------|------------------|
| 지원대상자                                                                                                                                                                | 임 산 부<br>(영유아) 성 명                                                                                                     |                     |              | 생년월일                 |                |                  |
|                                                                                                                                                                      | 출생시 체중                                                                                                                 | g<br>(반드시 gm단위로 작성) |              | 선천성이상질환명<br>(질병분류코드) |                |                  |
|                                                                                                                                                                      | 주 소                                                                                                                    |                     |              |                      |                |                  |
|                                                                                                                                                                      | 전화번호                                                                                                                   |                     |              | 핸드폰번호                |                |                  |
| 신청 요양기관                                                                                                                                                              | 기 관 명                                                                                                                  |                     |              | 전화번호                 |                |                  |
|                                                                                                                                                                      | 주 소                                                                                                                    |                     |              |                      |                |                  |
| 입 원 기 간                                                                                                                                                              | 년 월 일 ~ 년 월 일(일간)                                                                                                      |                     |              |                      |                |                  |
| 진료비(원)                                                                                                                                                               | 총진료비<br>(A+B+C)                                                                                                        | 환자부담금<br>소계(A+C)    | 급여부분 진료비     |                      |                | 비급여부분<br>진료비 (D) |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                     | 본인부담금<br>(A) | 공단부담금<br>(B)         | 전액본인<br>부담금(C) |                  |
| 입금은행 및<br>계좌번호                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                     |              |                      | 예 금 주          |                  |
| 의료급여<br>수급권자                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1종/ <input type="checkbox"/> 2종/ <input type="checkbox"/> 특례종/ <input type="checkbox"/> 차상위 종 |                     |              |                      |                |                  |
| <p>위와 같이 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원대상자의 의료비지급을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">신청 요양기관의 장 (직인)</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p>시·군·구청장(보건소장) 귀하</p> |                                                                                                                        |                     |              |                      |                |                  |

※ 필요한 경우 사용할 수 있으며, 의무 작성양식은 아닙니다.

## [서식 4] 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원사업 환수결정 통보서

| 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원 환수결정 통보서                                                                                         |                                                                         |                |       |                       |                 |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------------|-----------------|---------|
| 환수 대상자                                                                                                                | 성 명                                                                     |                |       | 생년월일                  |                 |         |
|                                                                                                                       | 연락처                                                                     | (주소)<br>(전자메일) |       |                       | (자택전화)<br>(휴대폰) |         |
|                                                                                                                       | 보건소<br>환수계좌                                                             |                |       | 은행명/예금주               |                 |         |
| 입원진료비<br>지원신청<br>내역                                                                                                   | 지원신청<br>의료비<br>(C+D+E)                                                  | 급여진료비          |       |                       | 비급여진료비          |         |
|                                                                                                                       |                                                                         | A              | B     | C                     | D               | E       |
|                                                                                                                       |                                                                         | 본인부담금          | 공단부담금 | 전액본인부담                | 선택진료료           | 선택진료료 외 |
|                                                                                                                       | 원                                                                       | 원              | 원     | 원                     | 원               | 원       |
| 환수사유                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 개인 또는 단체 후원금<br><input type="checkbox"/> 기타( ) |                |       | 의료비지원<br>기결정액<br>(a)  | 원               |         |
|                                                                                                                       |                                                                         |                |       | 의료비지원<br>재결정액<br>(b)  | 원               |         |
| 지원제외<br>금액                                                                                                            | 원                                                                       | 지원대상<br>금액     | 원     | 의료비<br>환수결정액<br>(a-b) | 원               |         |
| <p>위와 같이 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원금 환수결정을 통보합니다.</p> <p>20      년      월      일</p> <p style="text-align: right;">보건소장</p> |                                                                         |                |       |                       |                 |         |

[참고 1] 병실입원료 관련 참고사항

○ 2·3인실 건강보험 적용 현황

| '18. 7. 1. ~ | '19. 7. 1. ~                    | '20. 7. 1. ~ |
|--------------|---------------------------------|--------------|
| 상급종합·종합병원    | 병원·한방병원<br>(치과병원·의원 제외)         |              |
|              | 만 6세 미만 소아환자,<br>분만을 위해 입원하는 산모 |              |

○ 2·3인실 건강보험 적용에 따른 1인실 입원료 변경 사항

- 2·3인실 건강보험 적용에 따라 1인실에 지원하던 기본입원료 지원이 중단\*되고 1인실 입원료가 전액 비급여로 산정됨

\* 기본입원료는 과거 건강보험이 적용되지 않는 상급병실 이용 환자의 부담을 완화하기 위해 지원하던 것으로, 2인실까지 건강보험 적용이 확대됨에 따라 지원 필요성이 감소함

〈예시〉 병원급 1인실 입원료 발생 현황 및 지원 여부

| 입원일        | '19. 6. 30. 이전           |                                                   | '19. 7. 1. 이후 |                |
|------------|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 1인실<br>입원료 | 기본입원료                    | ⇒ 급여 항목으로서 <b>지원 제외</b>                           | 전액 비급여        | ⇒ <b>지원 제외</b> |
|            | 1인실 비급여 차액<br>(상급병실료 차액) | ⇒ 상급병실료 차액은 비급여 항목이나 지원 제외 항목에 해당하므로 <b>지원 제외</b> |               |                |

## [참고 2]

## 희귀질환자 의료비 지원사업 대상 질환 중 선천성이상 질환 현황('23년 12월 기준)

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명               | 영문질환명                                         |
|------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| Q03.1      | 덴디-워커증후군            | Dandy-Walker syndrome                         |
| Q04.2      | 전전뇌증(全前腦症)          | Holoprosencephaly                             |
| Q04.3      | 밀러-디커 증후군           | Miller-Dieker syndrome                        |
| Q04.3      | 활택뇌증                | Lissencephaly                                 |
| Q04.3      | 다발미세이랑증             | Polymicrogyria                                |
| Q04.3      | 무뇌수두증               | Hydranencephaly                               |
| Q04.3      | 큰뇌이랑증               | Pachygyria                                    |
| Q04.3      | 무뇌이랑증               | Agyria of brain                               |
| Q04.3      | 소뇌무발생               | Cerebellar agenesis                           |
| Q04.3      | 주버트 증후군             | Joubert syndrome                              |
| Q04.6      | 분열뇌증                | Schizencephaly                                |
| Q05.0      | 수두증을 동반한 이분경추       | Cervical spina bifida with hydrocephalus      |
| Q05.1      | 수두증을 동반한 이분흉요추      | Thoracolumbar spina bifida with hydrocephalus |
| Q05.1      | 수두증을 동반한 이분흉추       | Thoracic spina bifida with hydrocephalus      |
| Q05.1      | 수두증을 동반한 이분척추       | Dorsal spina bifida with hydrocephalus        |
| Q05.2      | 수두증을 동반한 이분요추       | Lumbar spina bifida with hydrocephalus        |
| Q05.2      | 수두증을 동반한 이분요천추      | Lumbosacral spina bifida with hydrocephalus   |
| Q05.3      | 수두증을 동반한 이분천추       | Sacral spina bifida with hydrocephalus        |
| Q05.4      | 수두증을 동반한 상세불명의 이분척추 | Unspecified spina bifida with hydrocephalus   |
| Q05.5      | 수두증이 없는 이분경추        | Cervical spina bifida without hydrocephalus   |
| Q05.6      | 수두증이 없는 이분흉추        | Thoracic spina bifida without hydrocephalus   |
| Q05.6      | 이분흉요추 NOS           | Thoracolumbar spina bifida NOS                |
| Q05.6      | 이분척추 NOS            | Dorsal spina bifida NOS                       |
| Q05.7      | 이분요천추 NOS           | Lumbosacral spina bifida NOS                  |
| Q05.7      | 수두증이 없는 이분요추        | Lumbar spina bifida without hydrocephalus     |
| Q05.8      | 수두증이 없는 이분천골        | Sacral spina bifida without hydrocephalus     |
| Q05.9      | 상세불명의 이분척추          | Spina bifida, unspecified                     |
| Q06.2      | 척수이개증               | Diastematomyelia                              |
| Q07.0      | 아놀드-키아리증후군          | Arnold-Chiari syndrome                        |
| Q11.2      | 렌즈소안구증후군            | Lenz microphthalmia syndrome                  |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                                       | 영문질환명                                                                                                                    |
|------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q13.1      | 무홍채증                                        | Aniridia                                                                                                                 |
| Q13.8      | 악센펠트-리이거 증후군                                | Axenfeld-Rieger syndrome                                                                                                 |
| Q14.1      | X-연관 연소성 망막분리                               | X-linked juvenile retinoschisis                                                                                          |
| Q14.2      | 나팔꽃 증후군                                     | Morning glory syndrome                                                                                                   |
| Q15.0      | 선천녹내장                                       | Congenital glaucoma                                                                                                      |
| Q16.1      | (외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착                       | Congenital absence, atresia and stricture of auditory canal(external)                                                    |
| Q17.2      | 소이증(小耳症)                                    | Microtia                                                                                                                 |
| Q20.0      | 총동맥간                                        | Common arterial trunk                                                                                                    |
| Q20.0      | 동맥간존속                                       | Persistent truncus arteriosus                                                                                            |
| Q20.1      | 이중출구우심실                                     | Double outlet right ventricle                                                                                            |
| Q20.1      | 타우시그-빙증후군                                   | Taussig-Bing syndrome                                                                                                    |
| Q20.2      | 이중출구좌심실                                     | Double outlet left ventricle                                                                                             |
| Q20.3      | 대혈관의 (완전)전위                                 | Transposition of great vessels (complete)                                                                                |
| Q20.3      | 심실대혈관연결불일치                                  | Discordant ventriculoarterial connection                                                                                 |
| Q20.3      | 대동맥의 우측전위                                   | Dextrotransposition of aorta                                                                                             |
| Q20.4      | 단일심실                                        | Single ventricle                                                                                                         |
| Q20.5      | 심실내번                                        | Ventricular inversion                                                                                                    |
| Q20.5      | 수정혈관전위                                      | Corrected transposition                                                                                                  |
| Q20.5      | 방실연결불일치                                     | Discordant atrioventricular connection                                                                                   |
| Q20.5      | 좌측전위                                        | Laevotransposition                                                                                                       |
| Q20.6      | 심방부속물의 이성질현상                                | Isomerism of atrial appendages                                                                                           |
| Q20.6      | 무비증 또는 다비증을 동반한 심방 부속물의 이성질현상               | Isomerism of atrial appendages with asplenia or polysplenia                                                              |
| Q21.2      | 심내막용기결손                                     | Endocardial cushion defect                                                                                               |
| Q21.2      | 방실중격결손                                      | Atrioventricular septal defect                                                                                           |
| Q21.2      | 총방실관                                        | Common atrioventricular canal                                                                                            |
| Q21.2      | 제1공심방중격결손(Ⅰ형)                               | Ostium primum atrial septal defect (type Ⅰ)                                                                              |
| Q21.3      | 폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손 | Ventricular septal defect with pulmonary stenosis or atresia, dextroposition of aorta and hypertrophy of right ventricle |
| Q21.3      | 팔로네징후                                       | Tetralogy of Fallot                                                                                                      |
| Q21.4      | 대동맥폐동맥중격결손                                  | Aortopulmonary septal defect                                                                                             |
| Q21.4      | 대동맥폐동맥창                                     | Aortopulmonary window                                                                                                    |
| Q21.4      | 대동맥중격결손                                     | Aortic septal defect                                                                                                     |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                                                                               | 영문질환명                                                                                                                                                                                    |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q21.8      | 아이젠멘거결손                                                                             | Eisenmenger's defect                                                                                                                                                                     |
| Q22.0      | 폐동맥판폐쇄                                                                              | Pulmonary valve atresia                                                                                                                                                                  |
| Q22.4      | 삼첨판폐쇄                                                                               | Tricuspid atresia                                                                                                                                                                        |
| Q22.5      | 에브스타인이상                                                                             | Ebstein anomaly                                                                                                                                                                          |
| Q22.6      | 형성저하성 우심증후군                                                                         | Hypoplastic right heart syndrome                                                                                                                                                         |
| Q23.0      | 선천성 대동맥판폐쇄                                                                          | Congenital aortic atresia                                                                                                                                                                |
| Q23.0      | 대동맥판의 선천협착                                                                          | Congenital stenosis of aortic valve                                                                                                                                                      |
| Q23.0      | 선천성 대동맥판협착                                                                          | Congenital aortic stenosis                                                                                                                                                               |
| Q23.1      | 선천성 대동맥판기능부전                                                                        | Congenital aortic insufficiency                                                                                                                                                          |
| Q23.1      | 선천성 대동맥판역류                                                                          | Congenital aortic regurgitation                                                                                                                                                          |
| Q23.1      | 이첨대동맥판막                                                                             | Bicuspid aortic valve                                                                                                                                                                    |
| Q23.1      | 대동맥판의 선천성 기능부전                                                                      | Congenital insufficiency of aortic valve                                                                                                                                                 |
| Q23.2      | 선천성 승모판협착                                                                           | Congenital mitral stenosis                                                                                                                                                               |
| Q23.2      | 선천성 승모판폐쇄                                                                           | Congenital mitral atresia                                                                                                                                                                |
| Q23.3      | 선천성 승모판기능부전                                                                         | Congenital mitral insufficiency                                                                                                                                                          |
| Q23.4      | 형성저하성 좌심증후군                                                                         | Hypoplastic left heart syndrome                                                                                                                                                          |
| Q23.4      | (승모판 협착 또는 폐쇄와 함께)<br>상행대동맥의 형성저하와 좌심실의<br>결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및<br>판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전 | Atresia, or marked hypoplasia of aortic<br>orifice or valve, with hypoplasia of ascending<br>aorta and defective development of left<br>ventricle(with mitral valve stenosis or atresia) |
| Q23.8      | 대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형                                                                 | Other congenital malformations of aortic<br>and mitral valves                                                                                                                            |
| Q23.9      | 대동맥판 및 승모판의 상세불명의<br>선천기형                                                           | Congenital malformation of aortic and mitral<br>valves, unspecified                                                                                                                      |
| Q24.4      | 선천성 대동맥판하협착                                                                         | Congenital subaortic stenosis                                                                                                                                                            |
| Q24.5      | 선천성 관상동맥류                                                                           | Congenital coronary(artery) aneurysm                                                                                                                                                     |
| Q24.5      | 관상동맥혈관의 기형                                                                          | Malformation of coronary vessels                                                                                                                                                         |
| Q24.6      | 선천성 심장차단                                                                            | Congenital heart block                                                                                                                                                                   |
| Q25.1      | 대동맥의 축착                                                                             | Coarctation of aorta                                                                                                                                                                     |
| Q25.1      | 대동맥의 축착(관전, 관후)                                                                     | Coarctation of aorta (preductal, postductal)                                                                                                                                             |
| Q25.2      | 대동맥의 폐쇄                                                                             | Atresia of aorta                                                                                                                                                                         |
| Q25.3      | 대동맥의 협착                                                                             | Stenosis of aorta                                                                                                                                                                        |
| Q25.3      | 판막상부 대동맥협착                                                                          | Supravalvular aortic stenosis                                                                                                                                                            |
| Q25.5      | 폐동맥의 폐쇄                                                                             | Atresia of pulmonary artery                                                                                                                                                              |
| Q26.0      | (하)(상)대정맥의 선천성 협착                                                                   | Congenital stenosis of vena cava<br>(inferior)(superior)                                                                                                                                 |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명           | 영문질환명                                              |
|------------|-----------------|----------------------------------------------------|
| Q26.0      | 대정맥의 선천성 협착     | Congenital stenosis of vena cava                   |
| Q26.1      | 좌상대정맥존속         | Persistent left superior vena cava                 |
| Q26.2      | 전폐정맥결합이상        | Total anomalous pulmonary venous connection        |
| Q26.3      | 부분폐정맥결합이상       | Partial anomalous pulmonary venous connection      |
| Q26.4      | 상세불명의 폐정맥결합이상   | Anomalous pulmonary venous connection, unspecified |
| Q26.5      | 문맥결합이상          | Anomalous portal venous connection                 |
| Q26.6      | 문맥-간동맥루         | Portal vein-hepatic artery fistula                 |
| Q28.2      | 와이번메이슨증후군       | Wyburn Mason syndrome                              |
| Q38.3      | 무설증(無舌症)        | Aglossia                                           |
| Q43.8      | 선천성단장증후군        | Congenital Short Bowel Syndrome                    |
| Q44.2      | 담관의 폐쇄          | Atresia of bile ducts                              |
| Q44.6      | 선천성 간 섬유증       | Congenital liver Fibrosis[fibrotic]                |
| Q44.7      | 알라질증후군          | Alagille's syndrome                                |
| Q61.1      | 다낭성 신장, 영아형     | Polycystic kidney, infantile type                  |
| Q61.1      | 다낭성 신장, 보통염색체열성 | Polycystic kidney, autosomal recessive             |
| Q61.2      | 다낭성 신장, 보통염색체우성 | Polycystic kidney, autosomal dominant              |
| Q61.9      | 메켈증후군           | Meckel syndrome                                    |
| Q64.1      | 방광외반            | Exstrophy of urinary bladder                       |
| Q64.1      | 방광이소증           | Ectopia vesicae                                    |
| Q64.1      | 방광외번            | Extroversion of bladder                            |
| Q74.0      | 쇄골두개골이골증        | Cleidocranial dysostosis                           |
| Q74.3      | 선천성 다발관절만곡증     | Arthrogryposis multiplex congenita                 |
| Q74.8      | 라르센 증후군         | Larsen's syndrome                                  |
| Q75.0      | 삼각머리증           | Trigonocephaly                                     |
| Q75.0      | 두개골유합           | Craniosynostosis                                   |
| Q75.0      | 뿔머리증            | Oxycephaly                                         |
| Q75.0      | 두개골의 불완전유합      | Imperfect fusion of skull                          |
| Q75.0      | 뿔머리증            | Acrocephaly                                        |
| Q75.1      | 두개안면골이골증        | Craniofacial dysostosis                            |
| Q75.1      | 크루존병            | Crouzon's disease                                  |
| Q75.4      | 프란체스웨티 증후군      | Franceschetti syndrome                             |
| Q75.4      | 트레처-콜린스 증후군     | Treacher Collins syndrome                          |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                                | 영문질환명                                                                                      |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q75.4      | 하악안면골이골증                             | Mandibulofacial dysostosis                                                                 |
| Q76.1      | 클리펠-파일증후군                            | Klippel-Feil syndrome                                                                      |
| Q77.0      | 연골무발생증                               | Achondrogenesis                                                                            |
| Q77.0      | 연골발생저하증                              | Hypochondrogenesis                                                                         |
| Q77.1      | 치사성 단신                               | Thanatophoric short stature                                                                |
| Q77.2      | 짧은늑골증후군                              | Short rib syndrome                                                                         |
| Q77.2      | 질식성 흉부형성이상[쥐느]                       | Asphyxiating thoracic dysplasia[Jeune]                                                     |
| Q77.3      | 점상 연골형성이상                            | Chondrodysplasia punctata                                                                  |
| Q77.3      | 다발성 골단 형성이상                          | Multiple epiphyseal dysplasia                                                              |
| Q77.3      | X-연관 우성 연골형성이상                       | X-linked dominant chondrodysplasia                                                         |
| Q77.3      | 어깨고관절 점상<br>연골형성이상(1형-3형)            | Rhizomelic chondrodysplasia punctata(type 1-3)                                             |
| Q77.4      | 연골무형성증                               | Achondroplasia                                                                             |
| Q77.4      | 선천성 골경화증                             | Osteosclerosis congenita                                                                   |
| Q77.4      | 연골형성저하증                              | Hypochondroplasia                                                                          |
| Q77.5      | 디스트로피성 형성이상                          | Dystrophic dysplasia                                                                       |
| Q77.6      | 엘리스-반크레벨트증후군                         | Ellis-van Creveld syndrome                                                                 |
| Q77.6      | 연골외배엽형성이상                            | Chondroectodermal dysplasia                                                                |
| Q77.7      | 만발성 척추골단형성이상                         | Spondyloepiphyseal dysplasia tarda                                                         |
| Q77.7      | 척추골단형성이상                             | Spondyloepiphyseal dysplasia                                                               |
| Q77.8      | 관상골 및 척추의 성장결손을 동반한<br>기타 골연골형성이상    | Other osteochondrodysplasia with defects<br>of growth of tubular bones and spine           |
| Q77.8      | 말단왜소 형성이상                            | Acromicric dysplasia                                                                       |
| Q77.8      | 레리-웨일 증후군                            | Leri-Weill syndrome                                                                        |
| Q77.9      | 관상골 및 척추의 성장결손을 동반한<br>상세불명의 골연골형성이상 | Osteochondrodysplasia with defects of<br>growth of tubular bones and spine,<br>unspecified |
| Q78.0      | 불완전골형성                               | Osteogenesis imperfecta                                                                    |
| Q78.0      | 골취약증                                 | Fragilitas ossium                                                                          |
| Q78.0      | 골취약증                                 | Osteopsathyrosis                                                                           |
| Q78.1      | 다골성 섬유성 형성이상                         | Polyostotic fibrous dysplasia                                                              |
| Q78.1      | 얼브라이트(-맥쿤)(-스턴버그)증후군                 | Albright(-McCune)(-Sternberg) syndrome                                                     |
| Q78.2      | 골화석증                                 | Osteopetrosis                                                                              |
| Q78.2      | 알베르스-쇤베르그증후군                         | Albers-Schönberg syndrome                                                                  |
| Q78.3      | 카무라티-앵겔만증후군                          | Camurati-Engelmann syndrome                                                                |



| 질병분류<br>코드 | 국문질환명             | 영문질환명                                                          |
|------------|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| Q78.4      | 마푸치증후군            | Maffucci's syndrome                                            |
| Q78.4      | 올리에르병             | Ollier's disease                                               |
| Q78.4      | 내연골종증             | Enchondromatosis                                               |
| Q78.5      | 골간단연골형성이상, 슈미드형   | Metaphyseal chondrodysplasia, Schmid type                      |
| Q78.5      | 필레증후군             | Pyle's syndrome                                                |
| Q78.6      | 유전성 다발외골증         | Hereditary multiple exostoses                                  |
| Q78.6      | 골간병적조직연결          | Diaphyseal aclasis                                             |
| Q78.6      | 다발선천외골증           | Multiple congenital exostoses                                  |
| Q78.9      | 가성 연골무형성 형성이상     | Pseudoachondroplastic dysplasia                                |
| Q79.0      | 선천성 횡격막탈장         | Congenital diaphragmatic hernia                                |
| Q79.1      | 횡격막의 선천기형 NOS     | Congenital malformation of diaphragm NOS                       |
| Q79.1      | 횡격막의 기타 선천기형      | Other congenital malformations of diaphragm                    |
| Q79.1      | 횡격막결여             | Absence of diaphragm                                           |
| Q79.1      | 횡격막 탈출            | Eventration of diaphragm                                       |
| Q79.2      | 배꼽내장탈장            | Exomphalos                                                     |
| Q79.2      | 선천복벽탈장            | Omphalocele                                                    |
| Q79.3      | 복벽파열증             | Gastroschisis                                                  |
| Q79.4      | 말린자두배증후군          | Prune belly syndrome                                           |
| Q79.5      | 복벽의 기타 선천기형       | Other congenital malformations of abdominal wall               |
| Q79.6      | 엘러스-단로스증후군        | Ehlers-Danlos syndrome                                         |
| Q79.8      | 힘줄의 결여            | Absence of tendon                                              |
| Q79.8      | 폴란드증후군            | Poland's syndrome                                              |
| Q79.8      | 선천성 짧은힘줄          | Congenital shortening of tendon                                |
| Q79.8      | 선천성 협착띠           | Congenital constricting bands                                  |
| Q79.8      | 부근                | Accessory muscle                                               |
| Q79.8      | 선천성 근위축           | Amyotrophia congenita                                          |
| Q79.8      | 근골격계통의 기타 선천기형    | Other congenital malformations of musculoskeletal system       |
| Q79.8      | 근육의 결여            | Absence of muscle                                              |
| Q79.9      | 근골격계통의 상세불명의 선천기형 | Congenital malformation of musculoskeletal system, unspecified |
| Q79.9      | 근골격계통의 선천이상 NOS   | Congenital anomaly of musculoskeletal system NOS               |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                          | 영문질환명                                                    |
|------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Q79.9      | 근골격계통의 선천변형 NOS                | Congenital deformity of musculoskeletal system NOS       |
| Q80.1      | X-연관비늘증;<br>스테로이드설파타제결핍        | X-linked ichthyosis; steroid sulfatase deficiency        |
| Q80.1      | X-연관비늘증                        | X-linked ichthyosis                                      |
| Q80.2      | 층판비늘증                          | Lamellar ichthyosis                                      |
| Q80.3      | 선천성 수포성 비늘모양홍색피부증              | Congenital bullous ichthyosiform erythroderma            |
| Q80.4      | 할리퀸태아                          | Harlequin fetus                                          |
| Q81.0      | 단순 수포성 표피박리증                   | Epidermolysis bullosa simplex                            |
| Q81.1      | 치사성 수포성 표피박리증                  | Epidermolysis bullosa letalis                            |
| Q81.1      | 헤를리츠증후군                        | Herlitz' syndrome                                        |
| Q81.2      | 디스트로피성 수포성 표피박리증               | Epidermolysis bullosa dystrophica                        |
| Q82.0      | 유전성 림프부종                       | Hereditary lymphoedema                                   |
| Q82.3      | 색소실조증                          | Incontinentia pigmenti                                   |
| Q82.4      | (무한성) 외배엽형성이상                  | Ectodermal dysplasia (anhidrotic)                        |
| Q82.4      | 헤이-웰스증후군 (안검유착-외배엽 결손)         | Hay-Wells syndrome (Ankyloblepharon-ectodermal defects)  |
| Q82.8      | 블룸 증후군                         | Bloom syndrome                                           |
| Q82.8      | 로트문드(-톰슨) 증후군                  | Rothmund(-Thomson) syndrome                              |
| Q85.0      | 신경섬유종증(비악성) 1형, 2형             | Neurofibromatosis(nonmalignant) type 1, type 2           |
| Q85.0      | 신경섬유종증(비악성)                    | Neurofibromatosis (nonmalignant)                         |
| Q85.0      | 폰렉클링하우젠병                       | Von Recklinghausen's disease                             |
| Q85.1      | 부르느뷰병                          | Bourneville's disease                                    |
| Q85.1      | 결절성 경화증                        | Tuberous sclerosis                                       |
| Q85.1      | 에필로이아                          | Epiloia                                                  |
| Q85.8      | 스터지-베버(-디미트리) 증후군              | Sturge-Weber(-Dimitri) syndrome                          |
| Q85.8      | 폰 히펠-린다우 증후군                   | Von Hippel-Lindau syndrome                               |
| Q85.8      | 포이츠-제거스 증후군                    | Peutz-Jeghers syndrome                                   |
| Q86.0      | (이상형태성) 태아알코올증후군               | Fetal alcohol syndrome (dysmorphic)                      |
| Q87.0      | 외비우스 증후군                       | Moebius syndrome                                         |
| Q87.0      | 첨두다지유합증                        | Acrocephalopolysyndactyly                                |
| Q87.0      | 마르케사니-바일 증후군<br>[바일-마르케사니 증후군] | Marchesani-weill-syndrome<br>[Weill-marchesani syndrome] |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                    | 영문질환명                                                                         |
|------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Q87.0      | 휘파람부는 얼굴                 | Whistling face                                                                |
| Q87.0      | 프레이저 증후군                 | Fraser's syndrome                                                             |
| Q87.0      | 가부키 증후군                  | Kabuki syndrome                                                               |
| Q87.0      | 골덴하 증후군                  | Goldenhar syndrome                                                            |
| Q87.0      | 고린-샤우드리-모스 증후군           | Gorlin-Chaudhry-Moss syndrome                                                 |
| Q87.0      | 야콥센 증후군(11장완 말단부 결손 증후군) | Jacobsen syndrome(11q distal deletion syndrome)                               |
| Q87.0      | 로빈 증후군                   | Robin syndrome                                                                |
| Q87.0      | 입-얼굴-손발 증후군              | Oro-facial-digital syndrome                                                   |
| Q87.0      | 잠복안구증후군                  | Cryptophthalmos syndrome                                                      |
| Q87.0      | 단안증                      | Cyclopia                                                                      |
| Q87.0      | 카펜터 증후군                  | Carpenter's syndrome                                                          |
| Q87.0      | 주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군  | Congenital malformation syndromes predominantly affecting facial appearance   |
| Q87.0      | 첨두유합지증                   | Acrocephalosyndactyly(Apert)                                                  |
| Q87.1      | 주로 단신과 관련된 선천기형증후군       | Congenital malformation syndromes predominantly associated with short stature |
| Q87.1      | 굴지 형성이상                  | Campomelic dysplasia                                                          |
| Q87.1      | 누난 증후군                   | Noonan syndrome                                                               |
| Q87.1      | 두보위츠 증후군                 | Dubowitz syndrome                                                             |
| Q87.1      | 러셀-실버 증후군                | Russel-Silver syndrome                                                        |
| Q87.1      | 드 랑즈 증후군                 | De Lange syndrome                                                             |
| Q87.1      | 아르스코그 증후군                | Aarskog syndrome                                                              |
| Q87.1      | 로비노-실버만-스미스 증후군          | Robinow-Silverman-Smith syndrome                                              |
| Q87.1      | 시클 증후군                   | Seckel syndrome                                                               |
| Q87.1      | 스미스-렘리-오피츠 증후군           | Smith-Lemli-Opitz syndrome                                                    |
| Q87.1      | 쉴레겐-라손 증후군               | Sjogren-Larsson syndrome                                                      |
| Q87.1      | 프라더-윌리 증후군               | Prader-Willi syndrome                                                         |
| Q87.1      | 코케이인 증후군                 | Cockayne syndrome                                                             |
| Q87.2      | 손발톱무릎뼈 증후군               | Nail patella syndrome                                                         |
| Q87.2      | 클리펠-트레노우네이-베버 증후군        | Klippel-Trénaunay-Weber syndrome                                              |
| Q87.2      | 루빈스타인-테이비 증후군            | Rubinstein-Taybi syndrome                                                     |
| Q87.2      | 홀트-오람 증후군                | Holt-Oram syndrome                                                            |
| Q87.2      | 바테르 증후군                  | VATER syndrome                                                                |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                            | 영문질환명                                                  |
|------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Q87.3      | 소토스 증후군                          | Sotos syndrome                                         |
| Q87.3      | 베크위트-비데만 증후군                     | Beckwith-Wiedemann syndrome                            |
| Q87.3      | 위버 증후군                           | Weaver syndrome                                        |
| Q87.4      | 마르팡증후군                           | Marfan's syndrome                                      |
| Q87.5      | 코핀-로우리 증후군                       | Coffin-Lowry syndrome                                  |
| Q87.8      | 펠란-맥더미드 증후군(22장완 13.3<br>결손 증후군) | Phelan-McDermid syndrome(22q13.3<br>deletion syndrome) |
| Q87.8      | 알스트롬 증후군                         | Alstrom syndrome                                       |
| Q87.8      | 젤웨거 증후군                          | Zellweger syndrome                                     |
| Q87.8      | 아가미-귀-신장 증후군                     | Branchiootorenal syndrome                              |
| Q87.8      | 로렌스-문(-바르데)-비들 증후군               | Laurence-Moon(-Bardet)-Biedl syndrome                  |
| Q87.8      | 알포트 증후군                          | Alport syndrome                                        |
| Q87.8      | 차지 증후군                           | CHARGE syndrome                                        |
| Q87.8      | ADNP 증후군(헬스무르텔-반데르아<br>증후군)      | ADNP syndrome(Helsmoortel-VanDerAa<br>Syndrome)        |
| Q90.0      | 21삼염색체증, 감수분열비분리                 | Trisomy 21, meiotic nondisjunction                     |
| Q90.1      | 21삼염색체증,<br>섞임증형(유사분열비분리)        | Trisomy 21, mosaicism (mitotic<br>nondisjunction)      |
| Q90.2      | 21삼염색체증, 전위                      | Trisomy 21, translocation                              |
| Q90.9      | 21삼염색체증 NOS                      | Trisomy 21 NOS                                         |
| Q91.0      | 18삼염색체증, 감수분열비분리                 | Trisomy 18, meiotic nondisjunction                     |
| Q91.1      | 18삼염색체증,<br>섞임증형(유사분열비분리)        | Trisomy 18, mosaicism (mitotic<br>nondisjunction)      |
| Q91.2      | 18삼염색체증, 전위                      | Trisomy 18, translocation                              |
| Q91.4      | 13삼염색체증, 감수분열비분리                 | Trisomy 13, meiotic nondisjunction                     |
| Q91.5      | 13삼염색체증,<br>섞임증형(유사분열비분리)        | Trisomy 13, mosaicism (mitotic<br>nondisjunction)      |
| Q91.6      | 13삼염색체증, 전위                      | Trisomy 13, translocation                              |
| Q91.7      | 13삼염색체증후군                        | Trisomy 13 Syndrome                                    |
| Q92.2      | 10단완삼염색체증                        | Trisomy 10p                                            |
| Q92.3      | 포토키-롭스키 증후군                      | Potocki-Lupski syndrome                                |
| Q92.3      | 15장완11-13 미세중복 증후군               | 15q11q13 microduplication syndrome                     |
| Q92.3      | 7장완11.23 미세중복 증후군                | 7q11.23 microduplication syndrome                      |
| Q92.8      | 20번 염색체 단완의 삼염색체증                | Trisomy 20p                                            |

| 질병분류<br>코드 | 국문질환명                               | 영문질환명                                                               |
|------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Q93.2      | 15장완 사염색체(증)(쌍중심절 15번<br>염색체 증후군)   | Tetrasomy 15q (isodicentric 15<br>chromosome syndrome)              |
| Q93.3      | 4 단완 염색체 부분 결손                      | Partial deletion of the short arm of<br>chromosome 4                |
| Q93.3      | 월프-허쉬호른증후군                          | Wolff-Hirschorn syndrome                                            |
| Q93.4      | 5번 염색체 단완의 결손                       | Deletion of short arm of chromosome 5                               |
| Q93.4      | 고양이울음증후군                            | Cri-du-chat syndrome                                                |
| Q93.5      | 캐취22증후군                             | CATCH22 syndrome                                                    |
| Q93.5      | 18장완 말단부 결손 증후군                     | 18q distal deletion syndrome                                        |
| Q93.5      | 15 장완13.3 미세결손 증후군                  | 15q13.3 microdeletion syndrome                                      |
| Q93.5      | 2장완37 미세결손 증후군                      | 2q37 microdeletion syndrome                                         |
| Q93.5      | 3 장완29 미세결손 증후군                     | 3q29 microdeletion syndrome                                         |
| Q93.5      | 1단완36 미세결손증후군                       | 1p36 Microdeletion Syndrome                                         |
| Q93.5      | 18 단완 염색체 결손                        | 18 short arm chromosome Deletion                                    |
| Q93.5      | 18장완단일염색체증                          | 18q monosomy                                                        |
| Q93.5      | 윌리엄스 증후군                            | William's syndrome                                                  |
| Q93.5      | 엔젤만증후군                              | Angelman syndrome                                                   |
| Q93.5      | 스미스-마제니스 증후군                        | Smith-Magenis syndrome                                              |
| Q96.0      | 핵형45, X                             | Karyotype 45, X                                                     |
| Q96.1      | 핵형46, X동인자(Xq)                      | Karyotype 46, X iso(Xq)                                             |
| Q96.2      | 동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를<br>가진 핵형46, X | Karyotype 46, X with abnormal sex<br>chromosome, except iso(Xq)     |
| Q96.3      | 섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY             | Mosaicism, 45, X/46, XX or XY                                       |
| Q96.4      | 섞임증, 이상성염색체를 가진 45,<br>X/기타 세포열     | Mosaicism, 45, X/other cell line(s) with<br>abnormal sex chromosome |
| Q98.0      | 클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY                | Klinefelter's syndrome karyotype 47, XXY                            |
| Q98.1      | 클라인펠터증후군, 두 개 이상의<br>X염색체를 가진 남성    | Klinefelter's syndrome, male with more<br>than two X chromosomes    |
| Q98.2      | 클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를<br>가진 남성       | Klinefelter's syndrome, male with 46,XX<br>karyotype                |
| Q99.2      | 취약X증후군                              | Fragile X syndrome                                                  |
| Q99.8      | 팔리스터-킬리언 증후군                        | Pallister-Killian syndrome                                          |

### 3 선천성대사이상 검사 및 환아관리

#### 가. 선천성대사이상 검사비 지원(보건소)

##### 1) 지원대상(\*'24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)

- (선별검사) 신생아 선천성 대사이상 외래 선별검사를 받은 영아
- (확진검사) 선천성 대사이상 선별검사 결과 유소견 판정 후, 선천성 대사이상 질환 관련 확진검사 결과 선천성대사이상 환아로 판정된 영아

##### 2) 지원내용 및 지원기준

- 신생아 선천성대사이상 외래 선별검사비의 (일부)본인부담금 지원
  - 출생 후 28일 이내에 실시하여 건강보험이 적용된 선별검사를 대상으로 함
    - \* 단, 출생일 기준 28일 이후에 실시하였어도 건강보험이 적용된 선별검사는 지원 가능
  - 1회 지원이 원칙이나, 유소견 검사결과에 따라 선별검사를 재실시한 경우에는 1회에 한하여 추가 지원 가능(최대 2회)
  - 검사비 외 항목(진찰료 등)은 지원 제외

#### ◆ 참고사항

- 선천성대사이상 선별검사 급여 범위 및 급여 인정 횟수
  - '18.10월부터 전체 신생아\*에게 건강보험 급여를 인정함(D5190). 신생아중환자실에 입원 중이거나 채혈이 곤란한 경우 등 환자상태 등을 고려하여 의사의 판단 하에 실시 시 급여 인정 가능
    - \* 출생 후 28일 이내의 영유아(모자보건법 제2조제4호), 미숙아는 출생예정일 기준으로 계산한 교정연령
  - 정상 신생아는 최초 1회에 한하여 급여를 인정하되, 검사결과 유소견자의 경우 1회에 한하여 추가 인정함
- 신생아가 입원 중 실시하는 선천성대사이상 선별검사는 전액 공단부담으로 본인부담금 없음

- 선천성대사이상 선별검사 결과 유소견 판정 후, 선천성대사이상 질환 관련 확진검사를 받은 경우 확진검사비의 (일부)본인부담금 지원

- 확진검사 결과 선천성대사이상 환아로 판정된 경우에만 지원(7만원 한도)
- 검사비 외 항목(진찰료 등)은 지원 제외

### 3) 지원절차

#### ● 지원신청

- 대상 영아의 부모가 출생일로부터 1년 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청
  - \* 단, 특수식이 지원은 온라인 신청 불가
  - \*\* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, 보건소장이 1년 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능

#### ● 지급기간

- 지원신청을 받은 날로부터 한 달 이내에 지급 원칙
  - ※ 예산부족 등으로 행정처리 지연이 불가피한 경우, 신청자에게 지연사유를 충분히 설명하여 불필요한 민원 발생 최소화
- 연도 말에 의료비 지원신청하여 확인·검토과정에서 회계연도를 넘긴 경우 또는 당해연도 예산 부족으로 지급하지 못한 의료비는 차기연도 예산 집행 시점 이후에 지급 가능

#### ● 행정사항

- 시장·군수·구청장 또는 보건소장은 진단서 등 환아가 제출한 서류를 확인하여 검사비를 지원하고 보건소의 환아 등록 및 관리 사항 등 안내

● 제출서류

| 구 분            | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청자 제출<br>(공통) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지원 신청서 1부</li> <li>■ 검사비 영수증, 검사비 세부내역서 각 1부</li> <li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li> <li>■ 주민등록등본 1부*</li> </ul> <p>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p>                                                                                                             |
| 해당자 제출<br>(추가) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (확진검사비) 진단서 등 확진 관련 증빙서류</li> <li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li> </ul> </li> </ul> <p>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p> |

나. 환아관리(보건소 및 인구보건복지협회)

1) 지원대상

- 확진검사 결과 선천성대사이상 및 희귀 등 기타 질환으로 진단받아 특수식이 또는 의료비 지원이 필요한, 신청일 기준 만 19세 미만\* 환아

\* 만 나이는 출생월 기준으로 산정하며, 만 19세가 도래한 달까지만 지원  
예) '05년생은 '24년 출생월 말에 지원 종료 ('05.5.15. 출생 환아는 '24.5.31.까지 지원)

2) 대상질환 및 지원내용

| 구 분            | 질환명                                                                                                                                 | 지원내용             |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 선천성대사<br>이상 질환 | 고전적 페닐케톤뇨증, 타이로신혈증, 단풍시럽뇨병, 메틸말론산혈증/프로피온산혈증, 아이소발레린산혈증, 지방산대사장애, 호모시스틴뇨, 요소회로대사장애(아르지닌혈증, 시트룰린혈증 등), 글루타르산뇨, 고글라이신혈증, 갈락토스혈증, 고칼슘혈증 | 특수조제분유,<br>저단백햇반 |
|                | 선천성 갑상선기능저하증                                                                                                                        | 의료비              |
| 희귀 등 기타<br>질환  | 크론병, 단장증후군, 담도폐쇄증, 장림프관확장증                                                                                                          | 특수조제분유           |



## 3) 지원기준

## ● 특수식이(특수조제분유, 저단백햇반) 지원

## - 선천성대사이상 질환 환자 : 【별표 2-1】에 따라 지원

\* 특수조제분유는 환자 개인별 섭취량 차이 등을 고려, 의사의 진단 및 소견을 참고하여 필요 시 추가 지원(월간 필요량의 최대 50%) 가능 (단, 저단백햇반은 추가 지원 없음)

\*\* 선천성대사이상 질환 환자 중 단백질 및 지방 섭취 제한 시, 의사의 처방에 따라 UCD, MPA, 로이신프리 등과 함께 프로테인프리·Basic-F 신청 가능

## - 희귀 등 기타 질환 환자

• (크론병)【별표 2-2】에 따라 지원

• (단장증후군, 담도폐쇄증, 장림프관확장증)【별표 2-2】에 따른 월간 필요량의 50% 지원

\* 선천성대사이상 질환과 달리 추가 지원 없음

## ● 의료비 지원(선천성 갑상선기능저하증, E03.0, E03.1)

## ① (지원범위) 선천성 갑상선기능저하증 치료를 위해 발생한 의료비

- 급여·비급여 등 항목에 관계없이 진료비, 약제비, 검사비에 한하여 지원

## ② (지원제외) 선천성 갑상선기능저하증 치료와 직접적으로 관련이 없는 항목

예) 갑상선 질환으로 발생 가능한 질환 관련 검사(성장검사 등), 치과 진료 비용, 부갑상선초음파검사비, 간기능검사비, 유전자검사비 등

\* 단, “선천성 갑상선기능저하증 치료와 관련된 검사”임이 기재된 소견서 제출 시 지원 가능

## ③ (지원한도) 환자 등록일 기준 연 25만원

## ④ 지원 방식

- 선천성 갑상선기능저하증으로 진단받고 보건소에 환자 등록한 이후에 발생한 의료비만 지원 가능(환자 등록 전에 발생한 의료비는 소급 지원 불가)

- 원칙적으로 다음 연도의 등록일 전날까지 지난 1년 간 발생한 의료비에 대해 보건소에 신청하여야 하나,

• 부득이한 사유로 신청 시기를 놓칠 수 있으므로 다음 연도의 환자 등록일로 부터 6개월 이내에 신청 시 예외적으로 지원 가능

- 예. ① '20.10.1. 보건소 등록 선천성 갑상선기능저하증 환아의 경우,
- 1) 보건소 등록일 전(~'20.9.30.)에 발생한 의료비는 본 의료비 지원사업에서 지원 불가
  - 2) 보건소 등록일 기준 이후 1년 간('20.10.1.~'21.9.30.) 발생한 의료비에 대해 '21.9.30.까지 신청하는 것이 원칙이나, 예외적으로 '22.3.31.까지 신청 시 지원 가능
  - 3) '20.10.1.~'21.9.30. 발생한 의료비에 대해 25만원 한도 내 지원
- ② '21.1.1. 보건소 등록 선천성 갑상선기능저하증 환아의 경우,
- 1) 보건소 등록일 전(~'20.12.31.)에 발생한 의료비는 본 의료비 지원사업에서 지원 불가
  - 2) 보건소 등록일 기준 이후 1년 간('21.1.1.~'21.12.31.) 발생한 의료비에 대해 '21.12.31.까지 신청하는 것이 원칙이나, 예외적으로 '22.6.30.까지 신청 가능
  - 3) '21.1.1.~'21.12.31. 발생한 의료비에 대해 25만원 한도 내 지원

#### 4) 지원절차

##### ● 지원신청

- 신청방법 : 아래 제출서류를 구비하여 신청일 기준 환자의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청
- 제출서류

| 구분             |                                                        | 제출 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 특수<br>식이<br>지원 | 선천성<br>대사이상 및<br>희귀 등<br>기타 질환<br>(크론병 제외)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (최초 신청) 진단서 1부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진단서에 분유명, 필요량(1일 또는 월간) 등이 명시되지 않은 경우, 해당 내용이 기재된 소견서 제출 필요</li> </ul> </li> <li>■ (환아 등록 이후 변경사항 발생) 소견서(또는 진단서) 1부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 예) ① 환아가 2단계 연령에 도달하였으나, 1단계를 유지해야 할 사유 발생</li> <li>② 품목·분유 단계·섭취량 변경 등으로 추가 지원이 필요한 경우</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     |
|                | 크론병                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (최초 신청, 재발) 진단서 1부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진단서에 분유명, 필요량(1일 또는 월간) 등이 명시되지 않은 경우, 해당 내용이 기재된 소견서 제출 필요</li> <li>- 집중치료기간 경과 후 질병의 재발 사유로 1일 1포 초과 지원 필요 시 필요량, 필요기간 등이 기재된 진단서를 제출하여야 함</li> <li>- 유전성 크론병은 6개월마다 필요량, 필요기간 등이 기재된 소견서(또는 진단서)를 제출하여야 함</li> </ul> </li> <li>■ (추가 신청) 진료확인서([서식 4]) 1부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 집중치료기간 경과 후 담당의사로부터 「진료확인서」를 발급받아 제출한 경우에만 추가 지원 가능(필요량, 필요 개월 수 등이 기재된 소견서/진단서로 대체 가능)</li> <li>- 진료확인서는 최대 6개월 간 유효하며, 환아 기본정보와 1일 1포 특수조제분유 필요 개월 수에 대한 담당의사 의견과 서명이 기재되어야 함</li> </ul> </li> </ul> |
| 의료비<br>지원      | 선천성 갑상선<br>기능저하증                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (최초 신청) 진단서 1부</li> <li>■ 진료비(약제비 포함) 영수증 및 세부내역서 각 1부</li> <li>■ (최초 신청, 변경사항 발생) 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 공통             | 주민등록등본 1부<br>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

● 지급기간

- (의료비) 지원신청을 받은 날로부터 1개월 이내에 지급 원칙
  - ※ 예산부족 등으로 행정처리 지연이 불가피한 경우, 신청자에게 지연사유를 충분히 설명하여 불필요한 민원 발생 최소화
- 연도 말에 의료비 지원신청하여 확인·검토과정에서 회계연도를 넘긴 경우 또는 당해연도 예산 부족으로 지급하지 못한 의료비는 차기연도 예산 집행 시점 이후에 지급 가능

● 유의사항

- 지원대상자가 타 지역으로 전출하는 경우, 지원에 필요한 관련 서류(진단서, 소견서 등)를 전입 주소지 관할 보건소에 송부하여 지원에 차질이 없도록 조치
- 허위나 속임수 등의 부정한 방법으로 의료비나 특수식이를 지원받거나 타인으로 하여금 이를 받게 한 경우(예: 지원받은 특수식이를 제3자에게 판매하여 대가 취득), 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조에 따라 지원금 환수 등의 조치 및 같은 법 제54조 제3항의 벌칙을 적용할 수 있고, 특수식이 부정수급이 확인된 경우 이후 지원을 중단할 수 있음

다. 행정사항

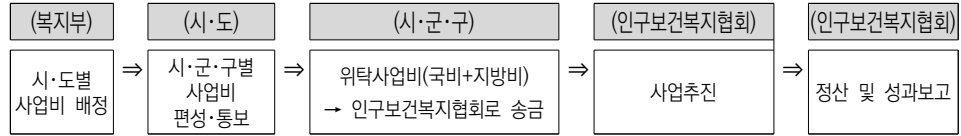
1) 시·도 및 시·군·구

- 보건소장은 선천성대사이상 검사의 중요성과 환아관리 사업에 대해 적극 홍보
- 보건소장은 선천성대사이상 검사비 지원 실적 및 환아관리 현황을 분기별 익월 15일까지 시·도지사 및 보건복지부장관에게 보고
- 시·군·구 보건소는 위탁사업비를 당해 연도 2월까지 인구보건복지협회로 송금

[위탁관리 내용]

- 선천성대사이상 환아관리 사업 홍보물 제작 및 배포
- 의료기관, 학회 등 전문가 자문회의 추진
- 특수식이 지원사업 전반 관리 및 보건소 민원 처리 등

[위탁관리 절차]



[위탁사업비 입금 계좌] 농협 086-17-003265 (예금주: 인구보건복지협회)

## 2) 인구보건복지협회(본부)

- 선천성 대사이상 검사 및 환아관리 위원회 구성·운영
  - (개요) 선천성대사이상 선별검사 건강보험 적용이후 검사율 하락 및 검사 및 환아등록·지원현황 등 관리에 한계를 극복하고 검사 및 환아관리 질 제고를 위해 전문가 등이 참여하여 제도개선 및 발전방안을 마련하여 정책건의
  - (구성) 위원장 1명을 포함하여 11명 이내
    - \* 위원은 협회 및 정부(당연직 각 1명), 의료계, 학계, 검사기관, 유관기관 등 선천성대사이상 관련 자로 구성
  - (운영) 정기회의(연 2회) 및 수시회의(필요시) 개최
- 특수식이 지원에 차질이 없도록 특수식이 생산 및 수입·공급업체들과 긴밀한 협조체계를 구축하며, 긴급 상황 발생 시 반드시 보고하도록 하여 신속한 지원이 이루어질 수 있도록 함
- 특수식이 지원 등 환아관리 사업 운영 및 결과보고

| 보건소         | 공급업체       | 보건복지부        |
|-------------|------------|--------------|
| 특수식이 구입비 청구 | 특수식이 대금 지급 | 환아관리 사업 정산보고 |

### 3) 특수식이 지원 절차

#### ● 특수식이 신청

- 신청기간 : 총 4회

| 1차         | 2차         | 3차         | 4차           |
|------------|------------|------------|--------------|
| 1.1.~1.10. | 4.1.~4.10. | 7.1.~7.10. | 10.1.~10.10. |

\* 단, 신규 환아는 예외 적용 가능

- 신청방법: 선천성대사이상 환아관리 정보시스템의 '주문관리'에서 신청

#### ◆ 참고사항

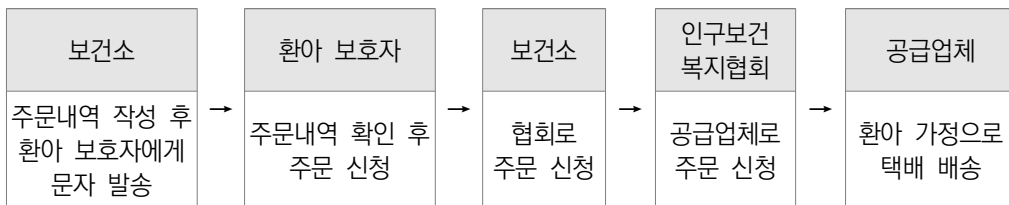
##### ● 특수조제분유 지원량 산정 시 소수점 발생하는 경우 처리 방법

- 선천성대사이상 질환: 추가 지원량(50%) 산정 시 소수점 이하 버림
- 희귀 등 기타 질환:

| 질환명              | 분유명                | 내용                                                                                                                           |
|------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 크론병<br>단장증후군     | 모노웰<br>엘리멘탈<br>뉴케어 | 10포 단위로 포장·배송 가능하므로 10미만 수를 올림<br>(예시) 크론병 1일 4포, 8주 지원 → 4포*7일*8주=224포(230포)                                                |
| 단장증후군            | HA<br>네오케이트 LCP    | 필요량의 50% 산정 시 소수점 발생하는 경우 올림<br>* 3개월 주기로 신청 시 월 지원량 3개월분을 합한 수에서 소수점 올림<br>(예시) 단장증후군 10개월 환아(네오케이트) → 월 6.5통*3개월=19.5(20통) |
| 담도폐쇄증<br>장림프관확장증 | MCT                |                                                                                                                              |

● 신청기간 내 미 신청 시, 소급 신청 및 소급 지원 불가

- 신청절차



- 수령시기

| 특수조제분유 | 보건소에서 신청 후 7일 이내                                                                    |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 저단백햇반  | (1차) 2월말, (2차) 5월말, (3차) 8월말, (4차) 11월말<br>* 보건소 신청·접수 후 생산에 6~7주 소요되며 수령시기는 변동 가능; |

● 특수식이 대금청구 및 지급

- 청구서 확인: 선천성대사이상 환아관리 정보시스템의 ‘대금관리’에서 확인

\* 월 마감 이후, 대금관리-‘대금지급’ click-청구서 생성-확인 및 출력

|        |                                                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 특수조제분유 | 특수조제분유 신청한 다음달 초에 청구서 생성<br>* (1차) 2월초, (2차) 5월초, (3차) 8월초, (4차) 11월초       |
| 저단백햇반  | 환아가정에 저단백햇반 배송 완료 후 청구<br>* (1차) 3월초, (2차) 6월초, (3차) 9월초, (4차) 12월초 <변동 가능> |

- 세금계산서 발행

|        |                                                                                       |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 특수조제분유 | 특수조제분유 신청한 다음달 10일에 발행<br>* (1차) 2.10. / (2차) 5.10. / (3차) 8.10. / (4차) 11.10.        |
| 저단백햇반  | 저단백햇반 배송한 다음달 10일에 발행<br>* (1차) 3.10. / (2차) 6.10. / (3차) 9.10. / (4차) 12.10. <변동 가능> |

- 대금지급 : 세금계산서 수령일로부터 10일 이내에 인구보건복지협회로 송금

\* 특수식이 구입 건은 계약이 아닌 일반 지급 건(의료구류비)으로 청구서와 세금계산서만 첨부하면 지출 가능

● 특수식이 구입처

| 구분       | 품목             | 기관명                   | 구입 방법                                                                                               | 연락처          |
|----------|----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 정부<br>지원 | 특수<br>식이       | 인구보건복지협회<br>(출산육아지원과) | 온라인 신청<br>(선천성대사이상 환아관리 정보시스템)                                                                      | 02-2639-2826 |
| 개인<br>구입 | 특수<br>조제<br>분유 | 매일유업                  | 매일유업(직영스토어)<br><a href="https://brand.naver.com/maeil">https://brand.naver.com/maeil</a>            | 02-2127-2212 |
|          |                | 한국메디칼푸드               | 온라인 주문(메디푸드)<br>( <a href="http://www.medifoods.co.kr">www.medifoods.co.kr</a> )                    | 02-468-7000  |
|          |                | 한독                    | 온라인 주문(일상건강)<br>( <a href="https://www.everydayhealth.co.kr">https://www.everydayhealth.co.kr</a> ) | 02-527-5114  |
|          |                | 남양유업                  | 온라인주문(남양아이쇼핑몰)<br>( <a href="http://shopping.namyangi.com">shopping.namyangi.com</a> )              | 02-2010-6513 |
|          |                | 대상웰라이프                | 온라인 주문 (대상웰라이프 공식몰)<br>( <a href="http://www.wellife.co.kr">www.wellife.co.kr</a> )                 | 080-433-9000 |
|          | 저단백<br>햇반      | CJ 제일제당               | 온라인 주문(씨제이더마켓)<br>( <a href="http://www.cjthemarket.com">www.cjthemarket.com</a> )                  | 1668-1953    |

● 특수식이 구입비 입금계좌

- 은 행 명 : 농협중앙회 당산동지점
- 예 금 주 : 인구보건복지협회
- 계좌번호 : 023 - 01 - 437837



[별표 1]

## 특수식이 지원 대상 세부 질환코드 및 질환명

| 구분                | 질환코드                                | 질환명         | 분류명                                                       |
|-------------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|
| 선천성<br>대사이상<br>질환 | E70.0                               | 고전적 페닐케톤뇨증  | PKU-1, PKU-2, PK AID-4                                    |
|                   | E70.1                               | 기타 고페닐알라닌혈증 |                                                           |
|                   | E70.2                               | 타이로신혈증      | TYR                                                       |
|                   | E71.0                               | 단풍시럽뇨병      | BCAA,<br>MSUD Anamix Junior,<br>MSUD Maxamum              |
|                   | E71.1                               | 메틸말론산혈증     | MPA-1, MPA-2, 프로피멕스-2                                     |
|                   | E71.1                               | 프로피온산혈증     |                                                           |
|                   | E71.1                               | 아이소발레린산혈증   | 로이신프리                                                     |
|                   | E71.3                               | 지방산대사장애     | MCT                                                       |
|                   | E72.1                               | 호모시스틴뇨      | 메티오닌-1, 메티오닌-2                                            |
|                   | E72.2                               | 요소회로대사장애    | UCD-1, UCD-2, 싸이클리넥스                                      |
|                   | E72.2                               | 아르지닌혈증      |                                                           |
|                   | E72.2                               | 시트룰린혈증      |                                                           |
|                   | E72.3                               | 글루타르산뇨      | GA 1 Anamix Infant<br>GA 1 Anamix Junior                  |
|                   | E72.5                               | 고글라이신혈증     | NKH                                                       |
|                   | E74.2                               | 갈락토스혈증      | xo 알레기-1, xo 알레기-2                                        |
|                   | E83.5                               | 고칼슘혈증       | Locasol                                                   |
|                   | 단백질 섭취 제한                           |             | 프로테인프리                                                    |
|                   | 지방 섭취 제한                            |             | Basic-F                                                   |
| 희귀 등<br>기타 질환     | K50.0, K50.1,<br>K50.8<br>* 하위코드 포함 | 크론병         | 모노웰, 엘리멘탈028, 뉴케어                                         |
|                   | K91.2                               | 단장증후군       | (만 1세 이전) HA, 네오케이 LCP<br>(만 1세 이후) 모노웰, 엘리멘탈 028,<br>뉴케어 |
|                   | Q44.2                               | 담도폐쇄증       | MCT                                                       |
|                   | I89.0                               | 장림프관확장증     |                                                           |

\* 상기 표에 열거된 질환코드만 지원 가능하며, 질환명은 무관

## [별표 2-1]

## 선천성대사이상 질환 특수식이 지원기준

## ☑ 고전적 페닐케톤뇨증

## ● 피케이유-1(PKU 1) | 국산 |

| 연 령   | 필 요 량 |                | 월간구입비    | 비 고                                                     |
|-------|-------|----------------|----------|---------------------------------------------------------|
|       | 일간(g) | 월간(g)          |          |                                                         |
| ~만 2세 | 218   | 6,540<br>(19통) | 209,000원 | · 용량 : 1통당 350g 기준<br>· 단가 : 1통당 11,000원<br>· 생산 : 매일유업 |

## ● 피케이유-2(PKU 2) | 국산 |

| 연 령      | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                     |
|----------|-------|-------------|----------|---------------------------------------------------------|
|          | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                         |
| 만3~5세    | 133   | 3,990 (10통) | 188,000원 | · 용량 : 1통당 400g 기준<br>· 단가 : 1통당 18,800원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 만6~8세    | 150   | 4,500 (12통) | 225,600원 |                                                         |
| 만 9~11세  | 166   | 4,980 (13통) | 244,400원 |                                                         |
| 만 12~14세 | 133   | 3,990 (10통) | 188,800원 |                                                         |
| 만 15세이상  | 160   | 4,800 (12통) | 225,600원 |                                                         |

## ● PK AID-4 | 수입 |

| 연 령                  | 필 요 량 |            | 월간구입비    | 비 고                                                                 |
|----------------------|-------|------------|----------|---------------------------------------------------------------------|
|                      | 일간(g) | 월간(g)      |          |                                                                     |
| 만 9세 이상<br>- 30~50kg | 38    | 1,140 (2통) | 224,400원 | · 용량 : 1통당 500g<br>· 단가 : 1통당 112,200원<br>· 생산 : 영국SHS<br>· 판매 : 한독 |
| - 51~70kg            | 53    | 1,590 (3통) | 336,600원 |                                                                     |
| - 71kg~              | 54~   | 1,620~(4통) | 448,800원 |                                                                     |

## ☑ 타이로신혈증

## ● TYR Anamix Infant | 수입 |

| 연 령   | 필 요 량 |                | 월간구입비      | 비 고                                                                 |
|-------|-------|----------------|------------|---------------------------------------------------------------------|
|       | 일간(g) | 월간(g)          |            |                                                                     |
| ~만 5세 | 148   | 4,440<br>(12통) | 1,128,000원 | · 용량 : 1통당 400g<br>· 단가 : 1통당 94,000원<br>· 생산 : 영국 SHS<br>· 공급 : 한독 |

### ☑ 단풍시럽노병

#### ● 비씨에이에이 프리(BCAA-free) | 국산 |

| 연 령    |    | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                     |
|--------|----|-------|-------------|----------|---------------------------------------------------------|
|        |    | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                         |
| 0~5개월  |    | 115   | 3,450 (10통) | 137,000원 | · 용량 : 1통당 350g 기준<br>· 단가 : 1통당 13,700원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 6~11개월 |    | 146   | 4,380 (13통) | 178,100원 |                                                         |
| 만1~2세  |    | 160   | 4,800 (14통) | 191,800원 |                                                         |
| 만3~5세  |    | 187   | 5,610 (17통) | 232,900원 |                                                         |
| 만6~8세  |    | 213   | 6,390 (19통) | 260,300원 |                                                         |
| 만9~11세 |    | 255   | 7,650 (22통) | 301,400원 |                                                         |
| 만12세~  | 여자 | 295   | 8,850 (26통) | 356,200원 |                                                         |
|        | 남자 | 320   | 9,600 (28통) | 383,600원 |                                                         |

#### ● MUSD Anamix Junior | 수입 |

| 연 령    |  | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                                   |
|--------|--|-------|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|
|        |  | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                                       |
| 만 3~5세 |  | 107   | 3,210 (8통)  | 720,000원 | · 용량 : 1통당 400g 기준<br>· 단가 : 1통당 90,000원<br>· 생산 : 영국SHS<br>· 공급 : 한독 |
| 만 6~8세 |  | 133   | 3,990 (10통) | 900,000원 |                                                                       |

#### ● MUSD Maxamum | 수입 |

| 연 령     |    | 필 요 량 |             | 월간구입비      | 비 고                                                                |
|---------|----|-------|-------------|------------|--------------------------------------------------------------------|
|         |    | 일간(g) | 월간(g)       |            |                                                                    |
| 만 9~11세 |    | 187   | 5,610 (12통) | 1,140,000원 | · 용량 : 1통당 500g<br>· 단가 : 1통당 95,000원<br>· 생산 : 영국SHS<br>· 공급 : 한독 |
| 만 12세~  | 여자 | 240   | 7,200 (15통) | 1,425,000원 |                                                                    |
|         | 남자 | 293   | 8,790 (18통) | 1,710,000원 |                                                                    |

☑ 메틸말론산혈증, 프로피온산혈증

● 엠피에이-1(MPA-1) | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                     |
|--------|-------|-------------|----------|---------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                         |
| 0~5개월  | 95    | 2,850 (9통)  | 123,300원 | · 용량 : 1통당 350g 기준<br>· 단가 : 1통당 13,700원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 6~11개월 | 125   | 3,750 (11통) | 150,700원 |                                                         |
| 만1~2세  | 160   | 4,800 (14통) | 191,800원 |                                                         |

● 엠피에이-2(MPA-2) | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |            | 월간구입비       | 비 고                                                     |
|--------|-------|------------|-------------|---------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)      |             |                                                         |
| 만3~ 5세 | 55    | 1,650 (5통) | 101,500원    | · 용량 : 1통당 400g 기준<br>· 단가 : 1통당 20,300원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 만6~ 8세 | 65    | 1,950 (5통) | 101,500원    |                                                         |
| 만9~11세 | 95    | 2,850 (8통) | 162,400원    |                                                         |
| 만12세~  | 여자    | 120        | 3,600 (9통)  |                                                         |
|        | 남자    | 145        | 4,350 (11통) |                                                         |

※ 프로피메스-2(수입) 분류의 경우, 인구보건복지협회에 지원기준표 문의 후 지원 가능

☑ 아이소발레린산혈증

● 로이신프리(Leucine free) | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |             | 월간구입비       | 비 고                                                     |
|--------|-------|-------------|-------------|---------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       |             |                                                         |
| 0~5개월  | 115   | 3,450 (10통) | 137,000원    | · 용량 : 1통당 350g 기준<br>· 단가 : 1통당 13,700원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 6~11개월 | 146   | 4,380 (13통) | 178,100원    |                                                         |
| 만1~2세  | 160   | 4,800 (14통) | 191,800원    |                                                         |
| 만3~5세  | 187   | 5,610 (17통) | 232,900원    |                                                         |
| 만6~8세  | 213   | 6,390 (19통) | 260,300원    |                                                         |
| 만9~11세 | 255   | 7,650 (22통) | 301,400원    |                                                         |
| 만12세~  | 여자    | 295         | 8,850 (26통) |                                                         |
|        | 남자    | 320         | 9,600 (28통) |                                                         |

### ☑ 지방산대사장애

#### ● 엠씨티 포뮬러(MCT Formula) | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |             | 월간구입비  | 비 고                                                 |
|--------|-------|-------------|--------|-----------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       |        |                                                     |
| 0~11개월 | 120   | 3,600 (11통) | 72,600 | · 용량 : 1통당 350g<br>· 단가 : 1통당 6,600원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 만 1~2세 | 108   | 3,240 (10통) | 66,000 |                                                     |
| 만 3~5세 | 151   | 4,530 (13통) | 85,800 |                                                     |
| 만 5세~  | 175   | 5,250 (15통) | 99,000 |                                                     |

### ☑ 호모시스틴뇨

#### ● 메티오닌-1(Methionine-Free-1) | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                     |
|--------|-------|-------------|----------|---------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                         |
| 0~5개월  | 95    | 2,850 (9통)  | 123,300원 | · 용량 : 1통당 350g 기준<br>· 단가 : 1통당 13,700원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 6~11개월 | 125   | 3,750 (11통) | 150,700원 |                                                         |
| 만1~2세  | 160   | 4,800 (14통) | 191,800원 |                                                         |

#### ● 메티오닌-2(Methionine-Free-2) | 국산 |

| 연 령     |    | 필 요 량 |             | 월간구입비   | 비 고                                                     |
|---------|----|-------|-------------|---------|---------------------------------------------------------|
|         |    | 일간(g) | 월간(g)       |         |                                                         |
| 만 3~5세  |    | 55    | 1,650 (5통)  | 111,000 | · 용량 : 1통당 400g 기준<br>· 단가 : 1통당 22,200원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 만 6~11세 |    | 95    | 2,850 (8통)  | 177,600 |                                                         |
| 만12세~   | 여자 | 120   | 3,600 (9통)  | 199,800 |                                                         |
|         | 남자 | 145   | 4,350 (11통) | 244,200 |                                                         |

### ☑️ 요소회로대사장애, 아르지닌혈증, 시트룰린혈증

#### ● 유씨디-1(UCD-1) | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                                                                                   |
|--------|-------|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                                                                                       |
| 0~5개월  | 130   | 3,900 (12통) | 164,400원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 350g 기준</li> <li>· 단가 : 1통당 13,700원</li> <li>· 생산 : 매일유업</li> </ul> |
| 6~11개월 | 195   | 5,850 (17통) | 232,900원 |                                                                                                                       |
| 만 1~2세 | 156   | 4,680 (14통) | 191,800원 |                                                                                                                       |

#### ● 유씨디-2(UCD-2) | 국산 |

| 연 령     |    | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                                                                                   |
|---------|----|-------|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |    | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                                                                                       |
| 만 3~5세  |    | 107   | 3,210 (9통)  | 199,800원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 400g 기준</li> <li>· 단가 : 1통당 22,200원</li> <li>· 생산 : 매일유업</li> </ul> |
| 만 6~11세 |    | 187   | 5,610 (15통) | 333,000원 |                                                                                                                       |
| 만12세~   | 여자 | 267   | 8,010 (21통) | 466,200원 |                                                                                                                       |
|         | 남자 | 320   | 9,600 (24통) | 532,800원 |                                                                                                                       |

### ☑️ 글루타르산노

#### ● GA 1 Anamix Infant | 수입 |

| 연 령    | 필 요 량 |            | 월간구입비    | 비 고                                                                                                                                    |
|--------|-------|------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)      |          |                                                                                                                                        |
| 0~5개월  | 66    | 1,980 (5통) | 390,000원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 400g</li> <li>· 단가 : 1통당 78,000원</li> <li>· 생산 : 영국SHS</li> <li>· 공급 : 한독</li> </ul> |
| 6~11개월 | 100   | 3,000 (8통) | 624,000원 |                                                                                                                                        |
| 만 1~2세 | 80    | 2,400 (6통) | 468,000원 |                                                                                                                                        |

#### ● GA 1 Anamix Junior | 수입 |

| 연 령     |    | 필 요 량 |             | 월간구입비    | 비 고                                                                                                                                    |
|---------|----|-------|-------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |    | 일간(g) | 월간(g)       |          |                                                                                                                                        |
| 만 3~5세  |    | 54    | 1,620 (4통)  | 352,000원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 400g</li> <li>· 단가 : 1통당 88,000원</li> <li>· 생산 : 영국SHS</li> <li>· 공급 : 한독</li> </ul> |
| 만 6~8세  |    | 80    | 2,400 (6통)  | 528,000원 |                                                                                                                                        |
| 만 9~11세 |    | 107   | 3,210 (8통)  | 704,000원 |                                                                                                                                        |
| 만 12세~  | 여자 | 134   | 4,020 (10통) | 880,000원 |                                                                                                                                        |
|         | 남자 | 147   | 4,410 (11통) | 968,000원 |                                                                                                                                        |

### ☑ 고글라이신혈증

● NKH Anamix Infant | 수입 |

| 연 령     | 필 요 량 |             | 월간구입비     | 비 고                                                                                                                                      |
|---------|-------|-------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 일간(g) | 월간(g)       |           |                                                                                                                                          |
| 0~5개월   | 98    | 2,940 (8통)  | 816,000   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 400 g</li> <li>· 단가 : 1통당 102,000원</li> <li>· 생산 : 영국SHS</li> <li>· 공급 : 한독</li> </ul> |
| 6~11개월  | 126   | 3,780 (10통) | 1,020,000 |                                                                                                                                          |
| 만 1~2세  | 136   | 4,080 (11통) | 1,122,000 |                                                                                                                                          |
| 만 3~5세  | 159   | 4,770 (12통) | 1,224,000 |                                                                                                                                          |
| 만 6~8세  | 182   | 5,460 (14통) | 1,428,000 |                                                                                                                                          |
| 만 9~11세 | 216   | 6,480 (17통) | 1,734,000 |                                                                                                                                          |
| 만 12세~  | 250   | 7,500 (19통) | 1,938,000 |                                                                                                                                          |

### ☑ 갈락토스혈증

● xo 알레기 1단계 | 국산 |

| 연 령   | 필 요 량 |             | 월간구입비            | 비 고                                                                                                                                         |
|-------|-------|-------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 일간(g) | 월간(g)       |                  |                                                                                                                                             |
| 0~5개월 | 130   | 3,900 (96팩) | 76,800원<br>(4박스) | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1팩 180ml</li> <li>· 단가 : 1박스(액상형, 24팩)<br/>당 19,200원(1팩 800원)</li> <li>· 생산 : 남양유업</li> </ul> |

● xo 알레기 2단계 | 국산 |

| 연 령    | 필 요 량 |             | 월간구입비   | 비 고                                                                                                               |
|--------|-------|-------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       |         |                                                                                                                   |
| 6~11개월 | 154   | 4,620 (14통) | 89,600원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 350g</li> <li>· 단가 : 1통당 6,400원</li> <li>· 생산 : 남양유업</li> </ul> |
| 만 1세~  | 100   | 3,000 (9통)  | 57,600원 |                                                                                                                   |

## ☑ 고칼슘혈증

● Locasol | 수입 |

| 연 령     |    | 필 요 량 |              | 월간구입비     | 비 고                                                                      |
|---------|----|-------|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
|         |    | 일간(g) | 월간(g)        |           |                                                                          |
| 0~5개월   |    | 88    | 2,640 (7통)   | 560,000   | · 용량 : 1통당 400g<br>· 단가 : 1통당 80,000원<br>· 생산 : Milupa GmbH<br>· 공급 : 한독 |
| 6~11개월  |    | 132   | 3,960 (10통)  | 800,000   |                                                                          |
| 만 1~2세  |    | 105   | 3,150 (8통)   | 640,000   |                                                                          |
| 만 3~5세  |    | 140   | 4,200 (11통)  | 880,000   |                                                                          |
| 만 6~8세  |    | 211   | 6,330 (16통)  | 1,280,000 |                                                                          |
| 만 9~11세 |    | 281   | 8,430 (21통)  | 1,680,000 |                                                                          |
| 만 12세~  | 여자 | 351   | 10,530 (27통) | 2,160,000 |                                                                          |
|         | 남자 | 386   | 11,580 (29통) | 2,320,000 |                                                                          |

## ☑ 단백질 섭취 제한 시

● 프로테인프리(Protein-Free) | 국산 |

| 연 령 |  | 필 요 량       |             | 월간구입비       | 비 고                                                                                  |
|-----|--|-------------|-------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|     |  | 일간(g)       | 월간(g)       |             |                                                                                      |
| 0세~ |  | 별도 기준<br>없음 | 별도 기준<br>없음 | 별도 기준<br>없음 | · 용량 : 1통당 350g 기준<br>· 단가 : 1통당 13,700원<br>· 생산 : 매일유업<br>※ UCD, MPA,로이신프리 등과 신청 가능 |

※ 의사 처방에 따라 신청 가능하며, UCD(또는 MPA 등) 월간 필요량의 범위 내에서 합산하여 지원량 산정  
 예시) 만 5세 요사회로대사장애 환아의 경우 UCD-2단계 월간 8통 지원이므로, 의사 처방으로 UCD-2단계 5통이면 Protein-Free은 3통 지원



### ☑ 지방 섭취 제한 시

#### ● Basic-F | 수입 |

| 연 령    | 필 요 량       |             | 월간구입비       | 비 고                                                                                                                                             |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g)       | 월간(g)       |             |                                                                                                                                                 |
| 0세~12세 | 별도 기준<br>없음 | 별도 기준<br>없음 | 별도 기준<br>없음 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 300g 기준</li> <li>· 단가 : 1통당 55,000원</li> <li>· 생산 : Milupa GmbH</li> <li>· 공급 : 한독</li> </ul> |

※ 의사 처방에 따라 신청 가능하며, UCD(또는 MPA 등) 월간 필요량의 범위 내에서 합산하여 지원량 산정  
 예시) 만 5세 요사회로대시장에 환아의 경우 UCD-2단계 월간 8통 지원이므로, 의사 처방으로 UCD-2단계 5통이면 Protein-Free은 3통 지원

### ☑ 저단백 햇반

| 연 령      | 연간지원량(팩) | 1회 신청량(팩) | 연간구입비(원)  | 비 고                                                                                                                                     |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6개월~만 2세 | 144      | 36        | 216,000   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1팩당 180g</li> <li>· 단가 : 1팩당 1,500원<br/>(포장 : 1BOX=24팩)</li> <li>· 생산 : CJ제일제당</li> </ul> |
| 만 3~5세   | 288      | 72        | 432,000   |                                                                                                                                         |
| 만 6~8세   | 384      | 96        | 576,000   |                                                                                                                                         |
| 만 9~14세  | 720      | 180       | 1,080,000 |                                                                                                                                         |
| 만 15세~   | 840      | 210       | 1,260,000 |                                                                                                                                         |

[별표 2-2]

희귀 등 기타 질환 특수조제분유 지원기준

☑️ **크론병**

● 모노웰, 엘리멘탈 028 (Elemental 028), 뉴케어 IBD 아미노

1) 최초 신청 시 집중치료기간(8주) 동안 월간 필요량\*의 100% 지원

\* 진단서 또는 소견서에 명시된 1일 필요량 ('포'로 명시)

2) 집중치료기간(8주) 경과 후 추가 지원 필요 시,

- (원칙) 1일 1포(월간 30포) 지원 가능(진료확인서 6개월마다 제출)

- (예외) “질병의 재발” 사유로 담당 의사로부터 1일 1포 초과 지원이 필요하다는 내용의 진단서(“질병의 재발” 또는 “질병의 악화”가 명시되어야 함) 발급받아 제출 시, 초과분에 대해서 8주간 지원 가능. 단, 초과 지원 기간 경과 후에는 다시 원칙이 적용됨

3) 최초 진단일 기준 8주 이내에 신청 시 1)이, 8주 초과하여 신청 시 2)가 적용되므로 8주 초과 신청 시에는 진료확인서 추가 제출 필요

예) 크론병으로 '24.1.2. 진단받고 '24.2.26. 신청 시 신청일 기준 8주 동안 월간 필요량의 100% 지원, '24.2.27. 신청 시 집중치료기간이 경과하였으므로 진료확인서 제출 시 추가 지원 가능

4) 유전성 크론병\*의 경우는 1~3)이 적용되지 않으며, 월간 필요량\*\*의 50% 지원

\* 유전성 크론병(IL10RA 결핍증, XIAP 결핍증, 만성육아종증 등) 여부는 진단서 또는 소견서 상의 담당 의사 소견을 통해 확인 가능하며, 특수조제분유를 지원 받기 위해서는 6개월 마다 필요량, 필요기간 등이 기재된 소견서(또는 진단서)를 제출하여야 함

\*\* 진단서 또는 소견서에 명시된 1일 필요량 ('포'로 명시)

☑️ **담도폐쇄증, 장림프관확장증**

● 엠씨티 포뮬러(MCT Formula) | 국산 | : 월간 필요량의 50% 지원

| 연령     | 필요량   |             | 지원량  |         | 비고                                                  |
|--------|-------|-------------|------|---------|-----------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)       | 월간   | 월간구입비   |                                                     |
| 0~11개월 | 120   | 3,600 (11통) | 5.5통 | 36,300원 | · 용량 : 1통당 350g<br>· 단가 : 1통당 6,600원<br>· 생산 : 매일유업 |
| 만 1~2세 | 108   | 3,240 (10통) | 5통   | 33,000원 |                                                     |
| 만 3~5세 | 151   | 4,530 (13통) | 6.5통 | 42,900원 |                                                     |
| 만 5세~  | 175   | 5,250 (15통) | 7.5통 | 49,500원 |                                                     |

### ☑ 단장증후군

- 에이치에이(HA) | 국산 | : 월간 필요량의 50% 지원

| 연 령     | 필 요 량 |             | 지 원 량 |          | 비 고                                                                                                                |
|---------|-------|-------------|-------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 일간(g) | 월간(g)       | 월간    | 월간구입비    |                                                                                                                    |
| 0~2개월   | 69    | 2,070 (6통)  | 3통    | 47,400원  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 400g</li> <li>· 단가 : 1통당 15,800원</li> <li>· 생산 : 매일유업</li> </ul> |
| 3개월     | 117   | 3,510 (9통)  | 4.5통  | 71,100원  |                                                                                                                    |
| 4~6개월   | 147   | 4,410 (11통) | 5.5통  | 86,900원  |                                                                                                                    |
| 7~9개월   | 148   | 4,440 (12통) | 6통    | 94,800원  |                                                                                                                    |
| 10~12개월 | 165   | 4,950 (13통) | 6.5통  | 102,700원 |                                                                                                                    |

※ 12개월을 초과한 환아 중 의사 처방이 있는 경우 지원기준 범위 내에서 지속 지원 가능

- 네오케이트 LCP(Neocate LCP) | 수입 | : 월간 필요량의 50% 지원

| 연 령     | 필 요 량 |             | 지 원 량 |          | 비 고                                                                                                                                    |
|---------|-------|-------------|-------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 일간(g) | 월간(g)       | 월간    | 월간구입비    |                                                                                                                                        |
| 0~2개월   | 72    | 2,160 (6통)  | 3통    | 165,000원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1통당 400g</li> <li>· 단가 : 1통당 55,000원</li> <li>· 생산 : 영국SHS</li> <li>· 공급 : 한독</li> </ul> |
| 3개월     | 124   | 3,720 (10통) | 5통    | 275,000원 |                                                                                                                                        |
| 4~9개월   | 155   | 4,650 (12통) | 6통    | 330,000원 |                                                                                                                                        |
| 10~12개월 | 174   | 5,220 (13통) | 6.5통  | 357,500원 |                                                                                                                                        |

※ 12개월을 초과한 환아 중 의사 처방이 있는 경우 지원기준 범위 내에서 지속 지원 가능

- 모노웰 | 국산 | : 월간 필요량의 50% 지원

| 연 령    | 필 요 량 |               | 지 원 량 |          | 비 고                                                                                                                                        |
|--------|-------|---------------|-------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)         | 월간    | 월간구입비    |                                                                                                                                            |
| 만 1~2세 | 217   | 6,510 (75포)   | 37.5포 | 313,125원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 용량 : 1포당 87g</li> <li>· 단가 : 1포당 8,350원<br/>(포장 : 1BOX=10포)</li> <li>· 생산 : (주)한국메디칼푸드</li> </ul> |
| 만 3~5세 | 304   | 9,120 (105포)  | 52.5포 | 438,375원 |                                                                                                                                            |
| 만 6~8세 | 348   | 10,440 (120포) | 60포   | 501,000원 |                                                                                                                                            |
| 만 9세~  | 370   | 11,100 (128포) | 64포   | 534,400원 |                                                                                                                                            |

※ 모노웰 신청 시, 반드시 1BOX(10포) 단위로 신청(포 단위 개별 신청 불가)

● 엘리멘탈 028 (Elemental 028) | 수입 | : 월간 필요량의 50% 지원

| 연 령    | 필 요 량 |               | 지 원 량 |          | 비 고                                                                                  |
|--------|-------|---------------|-------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)         | 월간    | 월간구입비    |                                                                                      |
| 만 1~2세 | 234   | 7,020 (71포)   | 35.5포 | 507,650원 | · 용량 : 1포당 100g<br>· 단가 : 1포 14,300원<br>(포장 : 1BOX=10포)<br>· 생산 : 영국SHS<br>· 공급 : 한독 |
| 만 3~5세 | 328   | 9,840 (99포)   | 49.5포 | 707,850원 |                                                                                      |
| 만 6~8세 | 375   | 11,250 (113포) | 56.5포 | 807,950원 |                                                                                      |
| 만 9세~  | 398   | 11,940 (120포) | 60포   | 858,000원 |                                                                                      |

※ 엘리멘탈 028 신청 시, 반드시 1BOX(10포) 단위로 신청(포 단위 개별 신청 불가)

● 뉴케어 IBD 아미노 | 국산 | : 월간 필요량의 50% 지원

| 연 령    | 필 요 량 |              | 지 원 량 |          | 비 고                                                                     |
|--------|-------|--------------|-------|----------|-------------------------------------------------------------------------|
|        | 일간(g) | 월간(g)        | 월간    | 월간구입비    |                                                                         |
| 만 1~2세 | 238   | 7,143(72포)   | 36포   | 324,00원  | · 용량 : 1포당 100g<br>· 단가 : 1포 9,000원<br>(포장 : 1BOX=10포)<br>· 생산 : 대상웰라이프 |
| 만 3~5세 | 333   | 10,000(100포) | 50포   | 450,00원  |                                                                         |
| 만 6~8세 | 381   | 11,429(115포) | 57.5포 | 517,500원 |                                                                         |
| 만 9세~  | 400   | 12,000(120포) | 60포   | 540,000원 |                                                                         |

※ 뉴케어 IBD 아미노 신청 시, 반드시 1BOX(10포) 단위로 신청 (포 단위 개별 신청 불가)

[서식 1]

| 선천성대사이상 ( <input type="checkbox"/> 선별검사비 <input type="checkbox"/> 확진검사비) 신청서                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                  |           |             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|-----------|-------------|--|
| 1. 대상자 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | 2. 성별            | 남( ) 여( ) | 3. 생년월일     |  |
| 4. 신청인 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | 5. 생년월일<br>(보호자) |           | 6. 연락처(휴대폰) |  |
| 5. 주소(거주지)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                  |           |             |  |
| 7. 선별검사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ① 검사명 | ② 검사기관명          | ③ 검사일     | ④ 금액(본인부담금) |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ① 검사명 | ② 검사기관명          | ③ 검사일     | ④ 금액(본인부담금) |  |
| 8. 확진검사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ① 검사명 | ② 검사기관명          | ③ 검사일     | ④ 금액(본인부담금) |  |
| 9. 확진검사 결과<br>(진단명)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                  |           |             |  |
| 지원금액:                  원      예금주)                  은행명)                  계좌번호)                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                  |           |             |  |
| <p>위와 같이 선천성대사이상 ( <input type="checkbox"/> 선별검사비 <input type="checkbox"/> 확진검사비) 지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">20    년                  월                  일</p> <p style="text-align: center;">신청인                                  (서명)</p> <p style="text-align: right;">보건소장 귀하</p>                                  |       |                  |           |             |  |
| <p>〈 제출서류 〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민등록등본 1부*</li> <li>• 검사비 영수증, 검사비 세부내역서 각 1부</li> <li>• 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li> <li>• (확진검사비) 진단서 등 확진 관련 증빙서류 추가 제출</li> <li>• (필요시) 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*</li> </ul> <p>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</p> <p>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p> |       |                  |           |             |  |



[서식 3]

## 선천성대사이상 검사 및 환아관리 개인정보 제공 동의서

선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

### - 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공하는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 인구보건복지협회, 특수식이 공급업체(마마팜, 매일유업, 한국메디칼푸드, 한독, 남양유업, 대상 웰라이프, CJ제일제당), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
  - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
  - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
- 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
  - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
  - 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
- 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
  - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
  - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
  - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
  - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

| 성명 | 개인정보<br>수집 및 이용                                                  | 고유식별정보 처리                                                        | 민감정보 처리                                                          | 업무위탁에 따른<br>개인정보 처리                                              |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
|    | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함<br><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

본인은 “의료비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 **개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.**

20    년    월    일

| 동의자 성명 | 주민등록번호 | 관계 | 동의확인(서명) |
|--------|--------|----|----------|
|        |        |    | (인)      |
|        |        |    | (인)      |
|        |        |    | (인)      |
|        |        |    | (인)      |





## 4 ● 선천성 난청검사 및 보청기 지원

### 가. 재검아, 난청 확진아 등록관리

※ **신생아 난청 1-3-6 원칙** 〈한국 신생아 청각선별검사 가이드라인〉

- **생후 1개월 이내**에 모든 신생아들이 **신생아 청각선별검사**를 시행하고,
- 선별검사 결과 재검아는 **생후 3개월 이내**에 **난청확진검사**(청성뇌간반응검사(ABR) 포함)를 시행하고,
- 최종 난청으로 진단받은 경우 **생후 6개월 이내**에 **보청기 및 언어발달** 검사와 치료를 시작하여야 함

#### ● 신생아 청각선별검사(난청 선별검사)의 재검아 등록 및 관리

- 외래로 신생아 청각선별검사\*를 시행하고 선별검사비 지원을 신청한 신생아 중 어느 한쪽 귀라도 ‘재검(refer)’ 판정을 받은 재검아

\* 산부인과·소아청소년과·이비인후과에서 가능(건강보험 적용된 입원검사는 무료)

- 재검(refer) 판정 시 난청 확진을 위한 정밀청력검사(확진검사\*)를 시행하여야 함

\* 주로 대학병원급 이비인후과에서 가능

☞ 참고 3. 난청 확진검사 가능기관 현황(시군구 지역별 주소 포함) 참고

#### ● 난청 확진검사비 지원 및 재활치료 연계

- 난청 환아 발견 및 추적 관리를 위해 난청 확진검사를 시행한 재검아 대상 확진검사비 지원
- 난청 환아의 경우, 청각재활을 위한 보청기 구입비 지원

#### ● 재검아, 난청 확진아 지원사업 홍보 및 보고 관리

- 효율적인 난청 환아관리를 위하여 의료기관 및 임산부 등 대상으로 난청 검사비·보청기 등 지원사업의 취지와 목적 홍보
- 재검아가 조기에 확진검사를 받고 난청 진단 후 재활치료를 시작할 수 있도록 보건소에 보고하고 지원사업을 신청하도록 안내(전화 및 SMS 서비스 연계)

## 나. 난청 검사비 지원(보건소)

### 1) 지원대상 및 지원내용(\*'24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)

#### ● 신생아 난청 외래 선별검사비의 (일부)본인부담금 지원

- 출생 후 28일 이내에 실시하여 건강보험이 적용된 선별검사를 대상으로 함  
\* 단, 출생일 기준 28일 이후에 실시하였어도 건강보험이 적용된 선별검사는 지원 가능
- 검사방법 불문하고 1회 지원이 원칙이나, 재검(Refer) 판정 등에 따라 추가 청력 검진을 위해 청각선별검사를 재실시한 경우에는 1회에 한하여 추가 지원 가능(최대 2회)

| 검사명               | 코드    |
|-------------------|-------|
| 자동화이음향방사검사(AOAE)  | FZ735 |
| 자동화청성뇌간반응검사(AABR) | FZ736 |

- 검사비 외 항목(진찰료 등)은 지원 제외

#### ◆ 참고사항

- 난청 선별검사(청각선별검사) 급여 범위 및 급여 인정 횟수
  - '18.10월부터 전체 신생아\*에게 건강보험 급여를 인정함(FZ735, FZ736). 가정 출산 등 부득이한 사유로 검사가 지연되는 경우 의사의 판단 하에 실시 시 급여 인정 가능  
\* 출생 후 28일 이내의 영유아(모자보건법 제2조제4호), 미숙아는 출생예정일 기준으로 계산한 교정연령
  - 정상 신생아는 검사방법 불문하고 1회 인정하되, 재검(Refer)이 나온 경우에는 1회에 한하여 추가 인정함. 중환자실 입원 신생아는 검사방법별 최대 2회 인정함
- 신생아가 입원 중 실시하는 난청 선별검사는 전액 공단부담으로 본인부담금 없음
- 난청 선별검사 결과 재검(Refer) 판정 후, 난청 확진검사를 받은 경우 확진검사비의 (일부)본인부담금 지원
  - 확진검사 결과에 관계없이, 아래 난청 확진을 위한 검사비용의 본인부담금을 합산하여 지원(7만원 한도)  
\* 단, ABR 또는 ASSR이 반드시 포함되어야 함

| 검사명                    |             | 코드    |
|------------------------|-------------|-------|
| 청성뇌간반응역치검사(ABR)        |             | F6400 |
| 청성지속반응검사(ASSR)         |             | F6410 |
| 이음향방사검사                | 변조(DPOAE)   | F6382 |
|                        | 크릭유발(TEOAE) | F6383 |
| 임피던스청력검사(Tympanometry) |             | F6361 |

- 검사비 외 항목(진찰료 등)은 지원 제외

◆ 참고사항

청각 선별검사 및 난청 확진검사 가능기관

- 청각 선별검사는 산부인과·소아청소년과·이비인후과에서 가능
- 난청 확진검사는 대학병원급 이비인후과에서 가능
- ☞ 참고 3. 난청 확진검사 가능기관 현황(시군구 지역별 주소 포함) 참고

## 2) 지원절차

### ● 지원신청

- 대상 영아의 부모가 출생일로부터 1년 이내에 제출서류를 구비하여 신청일 기준 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소로 신청 또는 e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등 온라인 신청

\* 신청기간은 상기 기준 준수를 원칙으로 하되, 보건소장이 1년 이내 신청이 불가한 타당한 사유가 있는 것으로 인정하는 경우, 예산 범위 내 지원 가능

- 대상 영아의 주소지에 관계없이 전국 모든 보건소에서 신청서 접수 후 관할 보건소로 이송하여 처리 및 지급 결정 가능 [참고 1]

### - 제출서류

| 구분     | 제출서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청자 제출 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 지원 신청서 1부</li> <li>■ 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지 각 1부               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 검사 결과지는 검사명·검사결과 등이 기재된 서류로 대체 가능</li> </ul> </li> <li>■ 지원금 입금계좌통장 사본 1부</li> <li>■ 주민등록등본 1부*</li> <li>■ (필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li> </ul> </li> </ul> <p>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p> |

● 지급기간

- 지원신청을 받은 날로부터 한 달 이내에 지급 원칙  
※ 예산부족 등으로 행정처리 지연이 불가피한 경우, 신청자에게 지연사유를 충분히 설명하여 불필요한 민원 발생 최소화
- 연도 말에 의료비 지원신청하여 확인·검토과정에서 회계연도를 넘긴 경우 또는 당해연도 예산 부족으로 지급하지 못한 의료비는 차기연도 예산 집행 시점 이후에 지급 가능

● 행정사항

- 시장·군수·구청장 또는 보건소장은 검사 결과지 등 환아가 제출한 서류를 확인하여 검사비를 지원하고 보건소의 보청기 지원사업 등 안내

**다. 보청기 지원 (보건소 및 영유아난청관리 위탁사업단)**

1) 지원대상(\*'24년부터 가구 소득과 관계없이 지원)

- 만 5세(만 60개월) 미만 영유아
- (양측성 난청) 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 40~59dB로서, 청각장애 등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우 보청기 2개 지원
- (일측성 난청) 나쁜 귀의 평균 청력역치가 55dB 이상이면서 좋은 귀의 평균 청력역치가 40dB 이하인 경우 보청기 1개 지원

2) (지원내용) 보청기 1개 또는 2개 (개당 135만원 한도)

3) 유의사항

- ① 대학병원급 병원\*에서 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR)를 최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시(ABR 반드시 포함)

- \* 대학병원급 병원이란 1) 영아에게 진정제 투여 후 ABR을 안전하게 시행할 수 있고,  
2) 연령에 맞는 언어발달 검사와 언어치료가 모두 가능한 병원을 의미함

- ② 가장 최근 실시한 2회 이상의 청력검사 결과에서 청력역치가 10dB 이내의 차이를 보이는 경우에 인정

- ③ 4~5세 유아의 경우 청성뇌간반응검사 1회와 순음청력검사 3회 검사로 대체할 수 있으며, 단 순음청력검사는 2~7일 간격으로 3번 시행하여야 함
- ④ 보청기 처방 받은 병원에서 보청기 구입·착용 및 검수 확인\*을 원칙으로 함  
(예외의 경우 검수확인란에 사유 기재)  
\* 검수확인: 보청기 구입일로부터 1개월(30일) 이상 경과 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 확인될 경우 발급
- ⑤ 보건소 신청일 기준 6개월 전후에 구입한 보청기에 대해 지원 가능

◆ 참고사항

영유아 보청기 처방이 가능한 대학병원급 병원은 [참고 4] 또는 신생아청각선별검사 온라인교육 사이트([www.hearingscreening.or.kr](http://www.hearingscreening.or.kr))에서 확인 가능

#### 4) 지원절차 (제출서류 및 제출기한 등 포함)

| 단계                                            | 주체                           | 업무 절차                                                                                                                                                                                                                                                                          | 비고                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| [1단계]<br>지원<br>확인서<br>발급<br>(처방전<br>검토)       | 보호자<br>↓<br>보건소              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 보청기 지원신청서 제출</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | 영유아의 주민등록<br>주소지 관할 보건소<br>신청일 기준<br>만 5세 미만 영아 |
|                                               | 보호자                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 대학병원급 이비인후과 방문하여 청력검사 시행<br/>* ABR 또는 ASSR을 최소 1개월 이상의 간격을 두고 2회 이상 실시(ABR 반드시 포함)</li> </ul>                                                                                                                                         | 보건소 신청일 기준<br><b>6개월 이내</b><br>서류 제출            |
|                                               | 보호자<br>↓<br>보건소              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 필요 서류 제출<br/>* ①보청기 처방전, ②청력검사 결과지, ③외래 진료기록지</li> </ul>                                                                                                                                                                              |                                                 |
|                                               | 보건소<br>↓<br>영유아난청관리<br>위탁사업단 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 신청 서류(개인정보 제공동의서 포함) 송부, 제출 서류 원본은 보건소에 보관,<br/>PDF로 스캔한 파일은 영유아난청관리 위탁사업단 메일로 송부(unhstft@daum.net)</li> </ul>                                                                                                                        |                                                 |
|                                               | 영유아난청관리<br>위탁사업단<br>↓<br>보건소 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지원 가부 심사 후 결과 통보(지원확인서 발급)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | 서류 송부일 기준<br>1개월 이내                             |
|                                               | 보건소<br>↓<br>보호자              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지원 가부 결과 안내</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |                                                 |
| [2단계]<br>지원<br>결정서<br>발급<br>(검수<br>확인서<br>검토) | 보호자                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 처방전 발급 병원에서 보청기 구입(자비) 및 착용<br/>* ①구입 내역서(수량, 금액 기재분), ②보청기 사진(보청기, 바코드없는 경우<br/>제품포장지에 부착된 제품설명 부분) 보관<br/>● 보청기 착용 1개월 이후 해당 병원 방문하여 보청기 검수확인서 발급<br/>* 검수확인서 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 보청기 착용 상태에서<br/>청력 개선 효과가 확인될 경우 발급</li> </ul> | 보건소 신청일 기준<br><b>6개월 이내</b><br>서류 제출            |
|                                               | 보호자<br>↓<br>보건소              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 필요 서류 제출<br/>* ①보청기 내역서(수량, 금액 기재분), ②보청기 사진 2장(보청기,<br/>바코드 또는 제품포장지에 부착된 제품설명 사진, ③보청기 검수확인서,<br/>④통장사본</li> </ul>                                                                                                                  |                                                 |
|                                               | 보건소<br>↓<br>영유아난청관리<br>위탁사업단 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 제출 서류 원본은 보건소에 보관,<br/>PDF로 스캔한 파일은영유아난청관리 위탁사업단 메일로 송부(unhstft@daum.net)</li> </ul>                                                                                                                                                  |                                                 |
|                                               | 영유아난청관리<br>위탁사업단<br>↓<br>보건소 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 지원 가부 심사 후 결과 통보(지원결정서 발급)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | 서류 송부일 기준<br>1개월 이내                             |
| [3단계]<br>지원금<br>지급                            | 보건소<br>↓<br>보호자              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 보청기(1개 또는 2개) 지원금 지급(개당 135만원 한도)</li> </ul>                                                                                                                                                                                          |                                                 |

## 5) 협조 요청 사항

### ● 보청기 지원신청자 대상 제출서류 등 안내

- ① 「영유아 보청기 처방전」 서식(서식 4)을 출력하여 안내
- ② 지원확인서 발급 시, 「영유아 보청기 검수확인서」 서식(서식 5)을 병원에 제출하여 해당 서식으로 검수확인을 받아 보건소에 제출하도록 안내

### ● 심사비 지급

- 보청기 지원 여부에 관계없이, 1차 또는 2차 심사 단계를 거친 경우 각 단계별 심사비를 영유아난청관리 위탁사업단에 송금

\* 각 단계별 심사 결과 통보 받은 후 1개월 이내 입금 요망

#### [심사비 내역]

| 단계            | 심사 내용                                   | 심사비 금액   |
|---------------|-----------------------------------------|----------|
| 1차 (처방전 검토)   | 난청 정도를 검토하여 보청기 지원대상 여부 판정              | 건당 2.5만원 |
| 2차 (검수확인서 검토) | 보청기 구입 및 착용을 통한 청력개선 여부 확인하여 보청기 적합성 판정 | 건당 1.5만원 |

#### [심사비 입금 계좌]

- 신한은행 100-033-079310 (예금주: 한림대학교산학협력단)

#### 〈복지부 영유아난청관리 위탁사업단〉

주소 : 한림대학교 강남성심병원 이비인후과  
(07442) 서울시 영등포구 시흥대로 665-3 신관1동 2층 이비인후과교실

\* '24년 3월 변경 예정

전화 : 02-848-5326 / E-mail : unhstft@daum.net

담당교수 : 장지원 / 연구간호사 : 김학영

## 라. 부정수급 관리

- 허위나 속임수 등의 부정한 방법으로 의료비 등 이 사업에 따른 지원을 받은 경우
  - 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조에 따라 지원금 환수 등의 조치 및 같은 법 제54조 제3항의 벌칙을 적용할 수 있음
  - 보청기 처방전이나 검수확인서 등 허위발급 등이 확인된 병원은 보청기 처방이 가능한 병원 현황\*에서 제외 조치

\* 신생아 청각선별검사 온라인교육사이트(<https://www.hearingscreening.or.kr>)

## 마. 행정사항

### 1) 실적관리

- 지역보건의료정보시스템(PHIS) 상 지원 실적 수시 입력 및 사업 실적 분기별 종합 보고
  - 난청 선별검사비 지원 실적 [서식 6]
  - 난청 확진검사비 지원 실적 [서식 7]
  - 난청 환아관리 실적 보고 [서식 8]

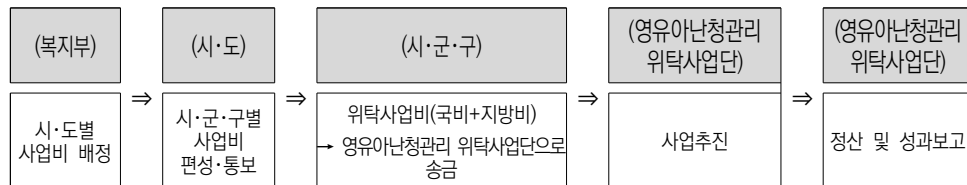
### 2) 위탁사업비 송금

- 시·군·구 보건소는 위탁사업비를 당해 연도 2월까지 영유아난청관리 위탁사업단으로 송금

#### [위탁관리 내용]

- 선천성 난청 환아관리 사업 홍보물 제작 및 배포
- 의료기관, 학회 등 전문가 자문회의 추진
- 보청기 지원사업 전반 관리 및 보건소 민원 처리 등

#### [위탁관리 절차]



[위탁사업비 입금 계좌] 신한은행 100-030-798853 (예금주: 한림대학교산학협력단)



### 3) 홍보·교육

- 각 시·도 및 시·군·구는 본 환아관리 사업이 조기에 정착될 수 있도록 관내 관련 기관에 적극 홍보
- 산부인과·이비인후과 등 관련 학회 및 병의원에 협조 공문을 발송하여 사업 수행에 필요한 협조 요청 및 홍보물 배부 등을 통한 사업 안내
- 시·도, 시·군·구 및 의료기관 홈페이지 등을 통한 홍보

[서식 1]

| 난청 ( <input type="checkbox"/> 선별검사비 <input type="checkbox"/> 확진검사비 ) 신청서                                                                                                                                              |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| 1. 대상자 성명                                                                                                                                                                                                             |                                                        | 2. 성별                                                                                                                                                                                                                                  | 남( ) 여( ) | 3. 생년월일     |
| 4. 신청인 성명                                                                                                                                                                                                             |                                                        | 5. 생년월일 (보호자)                                                                                                                                                                                                                          |           | 6. 연락처(휴대폰) |
| 7. 주소(거주지)                                                                                                                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 8. 선별검사                                                                                                                                                                                                               | 1차                                                     | ① 검사명<br><input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> AOAE                                                                                                                                                                   | ② 검사기관명   | ③ 검사일       |
|                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | ④ 금액(본인부담금)                                                                                                                                                                                                                            |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | 2차                                                     | ⑤ 검사결과<br>우측 : <input type="checkbox"/> 통과(pass) <input type="checkbox"/> 재검(refer) <input type="checkbox"/> 시행못함(fail) / 좌측: <input type="checkbox"/> 통과(pass) <input type="checkbox"/> 재검(refer) <input type="checkbox"/> 시행못함(fail) |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | ④ 금액(본인부담금)                                                                                                                                                                                                                            |           |             |
| 9. 확진검사<br>(ABR 또는 ASSR이 반드시 포함되어야 함)                                                                                                                                                                                 | ① 검사명                                                  | ② 검사기관명                                                                                                                                                                                                                                | ③ 검사일     | ④ 금액(본인부담금) |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ABR                           |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ASSR                          |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> DPOAE                         |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> TEOAE                         |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Tympanometry                  |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | ⑤ ABR(또는 ASSR) 검사결과 : 좌측 청력 : _____dB, 우측 청력 : _____dB |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 10. 신생아중환자실<br>5일 이상 입원                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> X  |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 지원금액 원      예금주(      은행명)      계좌번호)                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 위와 같이 난청 ( <input type="checkbox"/> 선별검사비 <input type="checkbox"/> 확진검사비 ) 지원을 신청합니다.                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 20      년      월      일                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 신청인 (서명)                                                                                                                                                                                                              |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 보건소장 귀하                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| <제출서류><br>• 주민등록등본 1부*<br>• 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지 각 1부<br>• 지원금 입금계좌통장 사본 1부<br>• (필요시) 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*<br>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능<br>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능 |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| <참고> 난청검사 수가코드                                                                                                                                                                                                        |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |
| 구분                                                                                                                                                                                                                    | 검사명                                                    | 코드                                                                                                                                                                                                                                     |           |             |
| 선별검사                                                                                                                                                                                                                  | AOAE(자동화이음향방사검사)                                       | FZ735                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | AABR(자동화청성뇌간반응검사)                                      | FZ736                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |
| 확진검사                                                                                                                                                                                                                  | ABR(청성뇌간반응역치검사)                                        | F6400                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | ASSR(청성지속반응검사)                                         | F6410                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | DPOAE(변조이음향방사검사)                                       | F6382                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | TEOAE(크릭유발이음향방사검사)                                     | F6383                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |
|                                                                                                                                                                                                                       | Tympanometry(임피던스청력검사)                                 | F6361                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |

[서식 2]

| <b>보청기 지원 신청서</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                  |               |                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|---------------|-----------------|--|
| 1. 대상자 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2. 성별            | 남(   ) 여(   ) | 3. 생년월일         |  |
| 4. 신청인 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 5. 생년월일<br>(보호자) |               | 6. 연락처<br>(휴대폰) |  |
| 5. 주소(거주지)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                  |               |                 |  |
| <p>위와 같이 보청기 지원을 신청합니다.</p><br><br><div style="float: right; margin-right: 50px;">             20        년           월           일           </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="margin-top: 10px;"> <span style="margin-right: 300px;">신청인</span> <span>(서명)</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 50px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">             보건소장 귀하           </div> |  |                  |               |                 |  |
| <b>&lt;제출서류&gt;</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민등록등본 1부*</li> <li>• (필요시) 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능</li> </ul> </li> </ul> <p>* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p>                                                                                                                           |  |                  |               |                 |  |



[서식 4]

| <b>영유아 보청기 처방전</b><br><b>(보건복지부 영유아난청관리 위탁사업단)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| 대상 영유아                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 성명                                                                                                                                                                   |                                   | 생년월일     |
| 보호자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 성명                                                                                                                                                                   | (관계 : )                           | 연락처(휴대폰) |
| 주소(거주지)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
| <b>영유아 보청기 처방 기준</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
| 1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 5세(만 60개월) 미만 영유아(거주지 보건소 신청일 기준)<br>2) (양측성 난청) 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 40~59dB로서, 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우<br>보청기 2개 지원, (일측성 난청) 나쁜 귀의 평균 청력역치가 55dB 이상이면서 좋은 귀의 평균청력역치가 40dB<br>이하인 경우 보청기 1개 지원<br>3) 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급 병원에서 시행)<br>- 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 이상 시행(ABR 반드시 포함)<br>(최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시하고, 가장 좋은 검사결과 또는 가장 최근 검사결과의 평균 역치를<br>기준으로 두 청력역치의 차이가 10dB 이내인 경우에 인정)<br>* 평균 청력역치 : ABR은 측정치의 평균, ASSR은 청각장애등급의 6분법 기준<br>- 4~5세 유아의 경우, 청성뇌간반응검사 1회와 순음청력검사 3회 검사로 대체 가능함<br>4) 보청기 1개 또는 2개 지원 (개당 135만원 한도) |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
| <b>환자 상태<br/>및<br/>진료 소견</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1. 고막 및 외이도 상태</b><br>우측: _____ 좌측: _____                                                                                                                         |                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>2. 청력검사 종류</b><br><input type="checkbox"/> 청성뇌간반응(ABR) <input type="checkbox"/> 청성지속반응(ASSR)<br><input type="checkbox"/> 순음청력검사 <input type="checkbox"/> 기타 _____ |                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>3. 청력검사 시행일</b><br>1차: _____ 2차: _____ 3차: (추가 검사 시행 시) _____                                                                                                     |                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>4. 최종 평균 청력역치 (가장 좋은 평균 역치)</b><br>우측: _____ dB    좌측: _____ dB                                                                                                   |                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>5. 보청기 처방 부위:</b> <input type="checkbox"/> 우측 <input type="checkbox"/> 좌측 <input type="checkbox"/> 양측    _____                                                    |                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>6. 특이사항</b> (말소리인지, 언어발달, 중복장애 등)                                                                                                                                 |                                   |          |
| 상기 소견으로 보청기를 처방합니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
| 년            월            일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
| 요양기관 명칭(요양기관 기호) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                      |                                   |          |
| 담당의사 :                      (서명 또는 날인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      | 면허번호 제                      호     |          |
| 전문과목 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      | 전문의 자격번호 제                      호 |          |
| 비고 : 1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.<br>2. 처방전에는 반드시 해당 검사 결과지와 진료기록지를 첨부하여야 합니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                   |          |

[서식 5]

| 영유아 보청기 검수확인서<br>(보건복지부 영유아난청관리 위탁사업단)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                             |          |                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|--|
| 대상 영유아                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 성명                               |                             | 생년월일     |                             |  |
| 보호자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 성명                               | (관계: )                      | 연락처(휴대폰) |                             |  |
| 주소(거주지)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                             |          |                             |  |
| 영유아 보청기 처방 및 검수확인 기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                             |          |                             |  |
| 1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 5세(만 60개월) 미만 영유아(거주지 보건소 신청일 기준)<br>2) (양측성 난청) 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 40~59dB로서, 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우 보청기 2개 지원, (일측성 난청) 나쁜 귀의 평균 청력역치가 55dB 이상이면서 좋은 귀의 평균청력역치가 40dB 이하인 경우 보청기 1개 지원<br>3) 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급 병원에서 시행)<br>- 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 이상 시행(ABR 반드시 포함)<br>(최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시하고, 가장 좋은 검사결과 또는 가장 최근 검사결과의 평균 역치를 기준으로 두 청력역치의 차이가 10dB 이내인 경우에 인정)<br>* 평균 청력역치 : ABR은 측정치의 평균, ASSR은 청각장애등급의 6분법 기준<br>- 4~5세 유아의 경우, 청성뇌간반응검사 1회와 순음청력검사 3회 검사로 대체 가능함<br>4) 보청기 1개 또는 2개 지원 (개당 135만원 한도)<br>5) 보청기 처방 받은 병원에서 보청기 착용 및 검수 확인을 원칙으로 함(예외의 경우 검수확인란에 사유 기재)<br>6) 검수확인인 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 확인될 경우 발급 |                                  |                             |          |                             |  |
| 보청기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 구입일:                             |                             | 구입처:     |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 구입가격:                            |                             | 구입처 대표명: |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 보청기 제품명:                         |                             | 코드:      |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 착용 측                             | 우( ), 좌( ), 양측( )           | 보청기 형태   |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 평균 청력역치(기도)                      | 보청기 착용 전 (처방전 결과)           |          | 보청기 착용 후 (음장검사)             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  | 우( ), 좌( ), 양측( )           |          | 우( ), 좌( ), 양측( ), 기타:      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 말소리 듣기, 명료도(%)                   | 우: HL %, 좌: HL %<br>검사불가( ) |          | 우: HL %, 좌: HL %<br>검사불가( ) |  |
| ※ 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 구입한 보청기를 착용한 상태에서 실시하는 검사(음장검사, 실이측정 등) 결과 또는 보청기 착용 후 언어발달 상태에 따라 청력개선 효과가 있다고 판단되는 경우에 검수확인 합니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                             |          |                             |  |
| 검수확인                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (보장구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기록) |                             |          |                             |  |
| 상기 소견으로 보청기 검수를 확인합니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                             |          |                             |  |
| <div style="text-align: center;">             년      월      일           </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                             |          |                             |  |
| 요양기관 명칭(요양기관 기호) :<br>담당의사 : (서명 또는 날인)      면허번호 제      호<br>전문과목 :      전문의 자격번호 제      호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                             |          |                             |  |
| 비고: 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                             |          |                             |  |

시생아  
나눔  
서평  
- 보  
담  
영  
(EXCEL 파일로 작성)  
과리)

시간: 20  
년  
월  
일  
~  
월  
일

- 1) 산도 또는 신생아 이를 기재
- 2) 후대폰 번호를 우선 기재, 자택전화도 확인되는 경우 기재
- 3) 나형 신별검사를 시행한 검사기관명 기재(신별검사별로 각각의 줄에 기재)
- 4) AABR(자동청성뇌간반응) : 1, AOAE(자동어음항반사) : 2, AABR과 AOAE 모두 시행 : 3
- 5) 통과(pass) : 1, 재검(refer) : 2, 시행못함(tail) : 3
- 6) 신생아종합자실에 5일 이상 입원한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0
- 7) 어느 한쪽 귀라도 최종 '저렴' 판정을 받고 나형 환아관리에 동의한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0

[서식 7]

# 신생아 난청 확진검사비 지원 실적 - 보건소 담당자용 (EXCEL 파일로 작성 관리)

지역명(시·도명) : 보건소명 :

기간 : 20 년 월 일 ~ 월 일

| 연번 | 아기이름 <sup>1)</sup> | 성별 | 생년<br>월일 | 출생(분만)<br>예정일 | 보호자<br>이름 | 연락처 <sup>2)</sup> | 확진검사 : ABR(청성뇌간반응검사) / ASSR(청성지속반응검사) |                    |                     |                     |                     | 신생아종합자실<br>5월 이상 입원 여부 <sup>6)</sup> | 난청 환아관리<br>동의 여부 <sup>7)</sup> |
|----|--------------------|----|----------|---------------|-----------|-------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
|    |                    |    |          |               |           |                   | 검사일                                   | 검사기관 <sup>3)</sup> | 검사 종류 <sup>4)</sup> | 우측 결과 <sup>5)</sup> | 좌측 결과 <sup>5)</sup> |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |
|    |                    |    |          |               |           |                   |                                       |                    |                     |                     |                     |                                      |                                |

- 1) 산모 또는 신생아 이름 기재
- 2) 휴대폰 번호를 우선 기재, 자택전화도 확인되는 경우 기재
- 3) 난청 확진검사를 시행한 검사기관명 기재(확진검사별로 각각의 줄에 기재)
- 4) ABR(청성뇌간반응) : 1, ASSR(청성지속반응) : 2, ABR과 ASSR 모두 시행 : 3
- 5) 진단서에 확진검사결과(우측, 좌측, 청력역치)가 기재된 경우에만 해당 칸에 기재(ABR과 ASSR 두 가지 검사결과가 상이할 경우 각각의 줄에 기재)  
\* 검사결과가 미기재된 경우, 확진검사 결과지를 복사하여 난청환아관리팀에 제출하면 확인 후 기재 예정
- 6) 신생아종합자실에 5월 이상 입원한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0
- 7) 난청 환아관리에 동의한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0



[서식 8]

영유아 난청 환아관리 실적 보고

지역명(시·도명) :                      보건소명:                       
기간 : 20    년    월    일    ~    월    일

| 출생아수 <sup>1)</sup><br>(A)            | 선별검사비 신청자수 |                                |                  | 선별검사비 신청자 중<br>재검 판정아수 <sup>2)</sup> |       | 재검률              |                 | 확진검사비 신청자수 |       |
|--------------------------------------|------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------|------------------|-----------------|------------|-------|
|                                      | 당분기(b)     | 누계(B)                          | 지원율<br>(B/A*100) | 당분기(c)                               | 누계(C) | 당분기<br>(c/b*100) | 누계<br>(C/B*100) | 당분기        | 누계    |
|                                      |            |                                |                  |                                      |       |                  |                 |            |       |
| 확진검사비 신청자 중<br>난청 진단자수 <sup>3)</sup> |            | 난청 진단자의<br>난청 분류 <sup>4)</sup> |                  | 난청 고위험군 <sup>5)</sup>                |       | 예산(국비, 누계)       |                 |            |       |
| 당분기                                  | 누계         | 보청기 지원대상                       | 청각장애             | 당분기                                  | 누계    | 교부액              | 집행액             | 집행액        | 집행 잔액 |
|                                      |            |                                |                  |                                      |       |                  |                 |            |       |

1) 해당 시군구 지역의 출생신고 인원  
2) 선별검사비 신청자 중 일족 또는 양측 재검(refer) 판정을 받은 인원  
3) 확진검사비 신청자 중 확진검사 결과 난청 진단 인원  
\* 한 귀 또는 양 귀의 청력역치가 40dB 이상인 경우 난청으로 진단  
4) 1.영유아 보청기 지원대상 난청: 청력이 좋은 귀의 청력역치가 40~59dB인 경우, 2.청각장애 난청: 양 귀의 청력역치가 60dB 이상인 경우  
5) 신생아중환자실에 5일 이상 입원아수

[참고 1]

### 선천성 난청 검사비 지원 신청·접수 방법 개선

#### □ 개선안

- 신생아 난청 검사비 신청서(이하 “신청서”) 접수는 지원대상자 주소지에 관계없이 모든 보건소에서 가능하도록 개선
  - 다만, 신청서 처리는 지원대상자 주소지 관할 보건소에서 담당
    - 접수 받은 보건소(이하 “접수 보건소”)에서는 지원대상자가 관내 거주자가 아닌 경우, “신청서와 구비서류”를 지원대상자 주소지 관할 보건소(이하 “관할 보건소”)로 이송

#### □ 개선안 시행 시 유의사항

- (이송 절차 및 방법) “접수 보건소”와 “관할 보건소”가 다른 경우
  - “접수 보건소”에서는 신청서 접수 후 “신청서와 구비서류”를 “관할 보건소”로 지체 없이\* 이송하고, 그 이송 사실을 신청인에게 통지
    - \* 「민원처리에 관한 법률」 시행령 제13조제3항에 따라 8근무시간 이내에 이송
  - “접수 보건소”에서는 신청서와 구비서류를 복사(또는 스캔)하여 사본은 보관하고 원본은 “관할 보건소”로 이송(등기우편 활용)
- (이송비용 부담) 신청서 등을 수령하는 “관할 보건소”에서 착불 부담
- (신청기간 간주) 출생일 기준 1년 이내에 “접수 보건소”에 신청 시 “관할 보건소”에 신청한 것으로 간주
- 처리사항
  - (접수 보건소) 신청서 각 항목 작성 지원, 구비서류\* 유무 확인
    - \* 신청서(개인정보제공동의서 포함), 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지, 통장사본 등
    - 서류 접수 시 신청서 상 미비사항이나 누락된 구비서류 있을 경우 신청인에게 보완 요청
  - (관할 보건소) 지원대상 여부 판단, 보완 필요사항 검토 및 요청, 결과 통지, 지원금액 결정 및 지급

## [참고 2]

## 선천성 난청 조기진단과 재활의 중요성

## 1. 선천성 난청과 조기진단과 재활의 필요성

- 선천성 난청은 선천성 질환 중 발생률이 높은 질환 중의 하나이며, 언어 및 학습 장애를 초래함
  - \* 신생아 1,000명 당 1~3명이 선천성 난청(양측 고도난청) 발생
  - \* 난청의 위험 요인에는 NICU 5일 이상 입원, 난청 가족력, 풍진 등 태아감염, 저체중 출생 등이 있으나, 위험 요인 없이 발생하는 선천성 난청이 약 50%를 차지하고 있어 선진국에서는 전 신생아를 대상으로 청각선별검사 실시
  - \* 난청 위험군의 경우 난청 발생률은 2~5%까지 보고(Bess, 1994), 국내 보고에서는 1~2% (중환아실 입원아 100명 중 1~2명, 2017년 난청조기진단사업 보고서)
  - \* 태아는 임신 중기부터 소리를 듣기 시작하여 출생 시 말초청력기관인 달팽이관은 성장이 완료되나 청각 뇌는 출생 후 소리 자극에 따라 만 2~3세까지 점차적으로 발달이 이루어져 언어 발달로 연계됨
- 선천성 난청 여부는 출생 직후부터 기기를 활용한 신생아청각선별검사로 선별이 가능하고, 최종 난청 정도는 정밀청력검사로 확진함
- 선천성 난청은 출생 직후 조기에 발견하여 재활치료(보청기 착용, 인공와우이식 등 포함)를 연계하면 언어·지능 장애 최소화가 가능하여 정상에 가까운 사회생활이 가능하며, 장애인으로 평생 소요되는 비용을 고려해 볼 때 비용 측면에서도 효과적임. 특히, 출생 6개월 이내 재활치료를 하면 거의 정상에 가까운 언어·사회성 발달 가능성이 매우 높아짐(Yoshinaga-Itano, 1996, 1998)
- 비용-효과적 측면에서 볼 때 선별검사-조기확진 및 인공와우수술 비용이 평생 청각-언어 장애인으로 교육받고 살아나가는 비용보다 훨씬 덜 드는 것으로 보고됨
- 국내외 신생아청각선별검사 가이드라인에서 선천성 난청 조기진단과 치료를 위한 '1-3-6원칙'을 권고하고 있으며, 이는 생후 1개월 이내에 신생아청각선별검사를 시행하고, 선별검사에서 '재검(refer)' 판정을 받은 경우 생후 3개월 이내에 확진 검사를 시행하며, 최종 난청으로 진단받은 경우 생후 6개월 이내에 보청기 등의 청각재활치료를 시행하도록 하는 것임

● 청력저하 정도에 따른 난청 정도(ANSI 기준)와 용어 설명

| 청력손실(dB) | 표현법             |       | 청력상태                                      |
|----------|-----------------|-------|-------------------------------------------|
| 0 - 25   | normal          | 정상    | 정 상                                       |
| 26 - 40  | mild            | 경도    | 말소리의 일부를 못 들음                             |
| 41 - 55  | moderate        | 중등도   | 보통대화 수준의 말소리를 잘 못 들음.                     |
| 56 - 70  | moderate-severe | 중등고도  | 보통대화 수준의 말소리는 대부분 못 들으나 큰소리는 알아들을 수 있는 수준 |
| 71 - 90  | severe          | 고도    | 귀전의 큰소리의 유무는 알 수 있으나, 정확하게 단어가 들리지 않음.    |
| 91 이상    | profound        | 농(심도) | 거의 모든 소리를 못 들음.                           |

※ 국민건강보험의 청각장애는 양측 60dB부터 등록 가능함

- 청력단위 : 청력검사 기기에서 들려주는 소리의 강도를 청력의 점수 단위, 데시벨(dB)로 사용하며, 청력손실이 심할수록 더 큰 강도의 소리를 제시해야 들을 수 있다는 것을 의미하며, 데시벨 수치가 클수록 청력손실이 심함을 말함
- 보청기 : 소리에너지를 전기에너지로 변화하고, 그것을 증폭하여 다시 소리 에너지로 변환하여 고막에 전달하는 장치. 단, 청신경의 기능이 남아 있어야 보청기를 이용하여 소리를 들을 수 있음
- 인공와우 : 고도, 심도의 청력손실이 있어 보청기만으로 한계가 있는 경우 수술을 하여 달팽이관 안에 전극을 이식하여 청신경에 직접 소리를 들려주는 기기를 말함

## 2. 선천성 난청검사

### 1) 신생아청각선별검사(난청 선별검사)

● 검사기기

- 자동이음향방사검사(AOAE, 달팽이관 측정, 보험청구상 FZ735)와 자동청성 뇌간반응검사(AABR, 청각뇌파 측정, 보험청구상 FZ736) 2가지 검사가 있으며, 정도 이상(대개 35dB)의 난청 여부를 선별함

● 검사결과

- 자동으로 통과(pass) 또는 재검(refer)로 표시되며, 재검(refer) 시 난청을 확진하기 위한 정밀청력검사가 필요함

※ 청각선별검사는 주로 산부인과·소아청소년과·이비인후과에서, 영유아의 난청 확진검사는 대학 병원급 이비인후과에서 실시

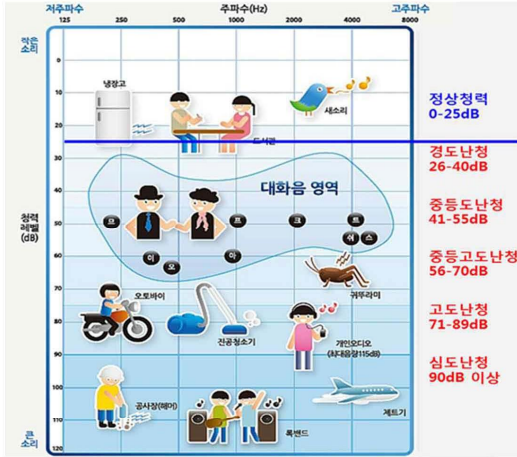
## 2) 난청 확진을 위한 정밀청력검사(난청 확진검사)

- 신생아청각선별검사에서 어느 한쪽 귀라도 ‘재검(refer)’ 판정을 받은 경우, 청성뇌간반응역치검사(ABR)를 비롯한 정밀청력검사를 시행하여 청력역치, 주파수별 난청 정도, 난청 원인 부위를 진단함
- 정밀청력검사 종류
  - ① 청성뇌간반응역치검사 (Auditory brainstem response, ABR, [보험청구상 F6400]): 가장 객관적이고 정확한 청력 정도를 측정하는 기본적인 확진검사 방법임. 클릭음을 이용한 ABR일 경우 평균 청력역치를 나타내고, 톤음 (tone burst, tone pip 등)을 이용한 ABR일 경우 2개 이상 주파수에서 검사결과가 나오고, 전체 역치를 평균한 값을 대표 역치로 판단함
  - ② 청성지속반응검사 (Auditory steady-state response, ASSR, [보험청구상 F6410]): 보청기 착용을 위해 필요한 주파수별 청력역치 측정이 가능함. ABR이 어렵거나 모든 주파수의 청력정도를 파악하기 위해 시행함
  - ③ 이음향방사검사 (Otoacoustic emissions, 변조이음향방사 [보험청구상 F6382]와 크릭유발이음향방사 [보험청구상 F6383]): 달팽이관의 기능을 확인하기 위한 검사로 난청의 원인 부위를 발견하기 위해 시행함
  - ④ 임피던스청력검사 (Impedance audiometry, tympanometry. [보험청구상 F6361]): 고막과 중이, 외이의 이상으로 인한 난청인지를 확인하기 위한 검사로 난청의 원인 부위를 발견하기 위해 시행함

## ● 아동의 청력 정도와 보청기 착용에 대한 안내 ●

아동 이름:                      사용하는 보청기(착용부위:                      형태:                      )                      보호자 연락처:

- 청력을 나타내는 점수는 0~100까지 표시하고, 그 단위는 소리의 크기를 나타내는 데시벨(dB)로 표시합니다.
- 청력 90~100dB은 소리를 거의 듣지 못하는 '심도 난청, 농'을 의미하고, 0dB이 가장 잘 듣는 정상 청력을 의미합니다. 정상 청력 범위는 일반적으로 0~25dB까지 입니다.
- [우측의 그림]은 소리의 크기와 난청의 정도를 표시합니다. X축은 저음→ 고음, Y축은 작은소리(0dB)→ 큰소리(120dB)를 나타냅니다.
- 가령, 아이의 청력이 70dB 이라고 하면, 70에서 가로선을 그었을 때 그 선의 위의 소리들은 듣지 못하는 것을 의미합니다.



### • 보청기 전지 교체방법

- 4가지 종류가 있으며, 각각 색깔이 있습니다. (상은 보관)

| 배터리 번호<br>(전지 이름) | 색깔 (직경mm) | 주로 이용하는<br>보청기 형태 | 예상 평균<br>사용 기간 | Size 10 | Size 312 | Size 675 |
|-------------------|-----------|-------------------|----------------|---------|----------|----------|
| 10                | 노랑 (5.8)  | CIC, ITC          | 3-5일           |         |          |          |
| 13                | 주황 (7.8)  | ITE, BTE          | 7-9일           |         |          |          |
| 312               | 갈색 (7.8)  | ITC, RIC          | 5-7일           |         |          |          |
| 675               | 파랑 (11.6) | BTE               | 9-14일          |         |          |          |

- 전지 교체는 전지와 보청기 분실을 방지하기 위해 평편한 책상에서 교체해주세요.
- 보청기의 전지커버를 손톱으로 열고(보청기 사진의 화살표 부분) 사용한 전지를 제거합니다.
- 새 전지에 붙어 있는 커버를 제거하고 1분 후에 사용합니다. (사용한 전지는 아이들이 삼키지 않도록 손이 가지 않는 곳에 즉시 폐기하세요.)
- 새 전지는 항상 볼록 튀어나온 부분, (-)극이 보청기 전지 넣는 곳의 안쪽, 평편한 부분, (+)극이 바깥쪽으로 향하도록 넣어주세요.
- 전지 덮개를 닫으면 보청기가 켜집니다. 몇 초 후 음향소리 또는 '뚜두' 하는 소리가 들리면서 보청기가 켜집니다. 이는 정상적으로 보청기가 작동 중이라는 신호입니다.

### • 우측/좌측 보청기 구별방법

- 보청기 전체 또는 글씨의 '색깔'을 보고 구분합니다.
- '빨강, Red'이 우측, '파랑, Blue'이 좌측 보청기를 말합니다.

### • 보청기를 귀에 끼우는 방법

- 귓속형은 글씨가 있는 부분을 아이의 얼굴이 있는 앞쪽(앞에서 보았을 때 글씨가 보이게)으로 하고 외이도쪽으로 넣어줍니다.
- 귀걸이형은 귀에 거는 부분을 먼저 걸고 외이도에 들어가는 부분을 넣어줍니다.

### • 보청기를 귀에서 빼는 방법

- 귓속형들은 실리콘의 선이 있어 이를 잡고 빼시면 됩니다.
- 귀걸이형은 제거하는 선이 있는 경우도 있으나, 대개는 연결선이 없기 때문에 보청기 중간부분을 주의하여 잡고 천천히 빼시면 됩니다.

### • 보청기 사용시 주의사항

- 보청기도 전자제품이기 때문에 물이 들어가거나 습기, 땀, 먼지 등이 들어가지 않도록 주의해야 합니다. 땀이 나거나, 공놀이를 보청기에 손상이 갈 수 있는 체육시간, 현장학습에는 학생이 친구들과 놀림을 받지 않고 어려울 줄거운 수업이 되도록 도와주세요.
- 아동이 평상시보다 강의나 대화를 잘 알아듣지 못하는 경우 다음의 원인으로 인한 것일 수 있으니 아래 사항을 점검해주세요.
  - ① 보청기 양쪽 구멍에 귀지나 먼지가 끼면 감자가 잘 들리지 않을 수 있습니다. 이 경우 보청기 안쪽과 바깥쪽 구멍이 막혔는지 확인하고 털어주세요.
  - ② 보청기 전지가 다 소모된 경우 소리가 더 이상 증폭되지 않아 아동이 듣지 못하게 됩니다. 직접 귀에 보청기를 대어 소리가 증폭되고 있는지 확인해주세요. 만약, 소리가 크게 들리지 않는다면 새 전지로 교체해주세요.

## [참고 3]

## 난청 확진검사 가능 기관 현황 ('24.1월 기준)

※ 1월 이후 현황화 자료는 신생아청각선별검사 온라인교육사이트([www.hearingscreening.or.kr](http://www.hearingscreening.or.kr)) 참고

| 지역 | 병원명            | 인공와우<br>수술 | 주 소                | 전화번호         |
|----|----------------|------------|--------------------|--------------|
| 서울 | 연세대학교 강남세브란스병원 | 가능         | 서울시 강남구 언주로 211    | 1599-6114    |
|    | 삼성서울병원         | 가능         | 서울시 강남구 일원로 81     | 1599-3114    |
|    | 소리이비인후과의원      | 가능         | 서울시 강남구 학동로 435    | 02-542-5222  |
|    | 강동경희대학교병원      | 가능         | 서울시 강동구 동남로 892    | 02-440-7114  |
|    | 강동성심병원         |            | 서울시 강동구 성안로 150    | 1588-4100    |
|    | 중앙호헌병원         | 가능         | 서울시 강동구 진황도로61길 53 | 02-2225-1114 |
|    | 강동 소리의원        |            | 서울시 강동구 천호대로 1053  | 1600-9240    |
|    | 강서 소리의원        | 가능         | 서울시 강서구 강서로 307    | 1670-7592    |
|    | 이화여자대학교 서울병원   | 가능         | 서울시 강서구 공항대로 260   | 1522-7000    |
|    | 건국대학교병원        |            | 서울시 광진구 능동로 120-1  | 1588-1533    |
|    | 군자 소리의원        | 가능         | 서울시 광진구 천호대로 592   | 1600-7592    |
|    | 고려대학교 구로병원     | 가능         | 서울시 구로구 구로동로 148   | 02-2626-1114 |
|    | 인제대학교 상계백병원    |            | 서울시 노원구 동일로 1342   | 02-950-1114  |
|    | 노원을지대학교병원      |            | 서울시 노원구 한글비석로 68   | 1899-0001    |
|    | 경희대학교병원        | 가능         | 서울시 동대문구 경희대로 23   | 02-958-8114  |
|    | 서울특별시 보라매병원    | 가능         | 서울시 동작구 보라매로5길 20  | 1577-0075    |
|    | 중앙대학교병원        | 가능         | 서울시 동작구 흑석로 102    | 1800-1114    |
|    | 연세대학교 세브란스병원   | 가능         | 서울시 서대문구 연세로 50-1  | 1599-1004    |
|    | 가톨릭대학교 서울성모병원  | 가능         | 서울시 서초구 반포대로 222   | 1588-1511    |
|    | 한양대학교병원        | 가능         | 서울시 성동구 왕십리로 222-1 | 02-2290-8114 |
|    | 고려대학교 안암병원     | 가능         | 서울시 성북구 인촌로 73     | 1577-0083    |
|    | 서울아산병원         | 가능         | 서울시 송파구 올리믹로43로 88 | 1688-7575    |
|    | 이화여자대학교 목동병원   | 가능         | 서울시 양천구 안양천로 1071  | 1666-5000    |
|    | 가톨릭대학교 여의도성모병원 | 가능         | 서울시 영등포구 63로 10    | 1661-7575    |
|    | 한림대학교 강남성심병원   | 가능         | 서울시 영등포구 신길로 1     | 1577-5587    |
|    | 박수경99 이비인후과의원  |            | 서울시 영등포구 시흥대로 675  | 02-831-9900  |



| 지역 | 병원명             | 인공와우<br>수술 | 주 소                  | 전화번호         |
|----|-----------------|------------|----------------------|--------------|
| 서울 | 순천향대학교 서울병원     | 가능         | 서울시 용산구 대사관로 59      | 02-709-9114  |
|    | 가톨릭대학교 은평성모병원   |            | 서울시 은평구 통일로 1021     | 1811-7755    |
|    | 서울대학교병원         | 가능         | 서울시 종로구 대학로 101      | 1588-5700    |
|    | 강북삼성병원          | 가능         | 서울시 종로구 새문안로 29      | 1599-8114    |
| 부산 | 인제대학교 부산백병원     | 가능         | 부산시 부산진구 복지로 75      | 051-890-6114 |
|    | 고신대학교 복음병원      |            | 부산시 서구 감천로 262       | 051-990-6114 |
|    | 부산대학교병원         | 가능         | 부산시 서구 구덕로 179       | 051-240-7000 |
|    | 동아대학교병원         | 가능         | 부산시 서구 대신공원로 26      | 051-240-2000 |
|    | 인제대학교 해운대백병원    |            | 부산시 해운대구 해운대로 875    | 051-797-0100 |
| 대구 | 대구가톨릭대학교병원      |            | 대구시 남구 두류공원로17길 33   | 1688-0077    |
|    | 영남대학교병원         |            | 대구시 남구 현충로 170       | 1522-3114    |
|    | 대구파티마병원         | 가능         | 대구시 동구 아양로 99        | 1688-7770    |
|    | 칠곡경북대학교병원       |            | 대구시 북구 호국로 807       | 053-200-2114 |
|    | 계명대학교 동산병원      | 가능         | 대구시 중구 달성로 56        | 053-250-8114 |
|    | 경북대학교병원         | 가능         | 대구시 중구 동덕로 130       | 1666-5114    |
| 인천 | 가천대학교 길병원       | 가능         | 인천시 남동구 남동대로774번길 21 | 1577-2299    |
|    | 가톨릭대학교 인천성모병원   | 가능         | 인천시 부평구 동수로 56       | 1544-9004    |
|    | 가톨릭관동대학교 국제성모병원 |            | 인천시 서구 심곡로100번길 25   | 1600-8291    |
|    | 인하대학교병원         | 가능         | 인천시 중구 인항로 27        | 032-890-2114 |
| 광주 | 광주기독병원          |            | 광주시 양림로 37           | 062-650-5000 |
|    | 전남대학교병원         | 가능         | 광주시 동구 제봉로 42        | 1899-0000    |
|    | 조선대학교병원         | 가능         | 광주시 동구 필문대로 365      | 062-220-3321 |
| 대전 | 건양대학교병원         | 가능         | 대전시 서구 관저동로 158      | 1577-3330    |
|    | 대전율지대학교병원       |            | 대전시 서구 둔산서로 95       | 1899-0001    |
|    | 가톨릭대학교 대전성모병원   | 가능         | 대전시 중구 대흥로 64        | 1577-0888    |
|    | 충남대학교병원         | 가능         | 대전시 중구 문화로 282       | 1599-7123    |
| 울산 | 하나이비인후과병원       |            | 울산시 남구 삼산로 139       | 052-708-1111 |
|    | 울산대학교병원         |            | 울산시 동구 방어진순환도로 877   | 052-250-7000 |
| 세종 | 세종충남대학교병원       | 가능         | 세종시 보듬7로 20          | 1800-3114    |



| 지역 | 병원명              | 인공와우<br>수술 | 주 소                     | 전화번호         |
|----|------------------|------------|-------------------------|--------------|
| 경기 | 명지병원             |            | 경기도 고양시 덕양구 화수로14번길 55  | 031-810-5114 |
|    | 동국대학교 일산병원       |            | 경기도 고양시 일산동구 동국로 27     | 1577-7000    |
|    | 국민건강보험 일산병원      |            | 경기도 고양시 일산동구 일산로 100    | 1577-0013    |
|    | 인제대학교 일산백병원      |            | 경기도 고양시 일산서구 주화로 170    | 031-910-7114 |
|    | 중앙대학교 광명병원       |            | 경기도 광명시 일직동 501         | 1811-7300    |
|    | 한양대학교 구리병원       | 가능         | 경기도 구리시 경춘로 153         | 1644-9118    |
|    | 김포히즈메디병원         |            | 경기도 김포시 김포대로 681        | 1588-0223    |
|    | 가톨릭대학교 부천성모병원    | 가능         | 경기도 부천시 소사로 327         | 1577-0675    |
|    | 순천향대학교 부천병원      | 가능         | 경기도 부천시 조마루로 170        | 032-621-5114 |
|    | 분당서울대학교병원        | 가능         | 경기도 성남시 분당구 구미로173번길 82 | 1588-3369    |
|    | 분당제생병원           | 가능         | 경기도 성남시 분당구 서현로180번길 20 | 031-779-0000 |
|    | 차의과학대학교 분당차병원    | 가능         | 경기도 성남시 분당구 야탑로 59      | 1577-4488    |
|    | 아주대학교병원          | 가능         | 경기도 수원시 영통구 월드컵로 164    | 1688-6114    |
|    | 수원하나로이비인후과의원     |            | 경기도 수원시 장안구 정자천로 163    | 031-241-5075 |
|    | 가톨릭대학교 성빈센트병원    |            | 경기도 수원시 팔달구 중부대로 93     | 1577-8588    |
|    | 고려대학교 안산병원       | 가능         | 경기도 안산시 단원구 적금로 123     | 1577-7516    |
|    | 한림대학교 성심병원       | 가능         | 경기도 안양시 동안구 관평로170번길 22 | 031-380-1500 |
|    | 연세대학교 용인세브란스병원   | 가능         | 경기도 용인시 기흥구 동백죽전대로 363  | 1899-1565    |
|    | 의정부율지대학교병원       |            | 경기도 의정부시 등일로 712        | 1899-0001    |
|    | 가톨릭대학교 의정부성모병원   | 가능         | 경기도 의정부시 천보로 271        | 1661-7500    |
| 강원 | 평택센트럴이비인후과의원     |            | 경기도 평택시 용죽3로 24         | 031-653-7417 |
|    | 한림대학교 동탄성심병원     | 가능         | 경기도 화성시 큰재봉길 7          | 1522-2500    |
|    | 강릉아산병원           | 가능         | 강원도 강릉시 사천면 방동길 38      | 033-610-3114 |
|    | 강원대학교병원          |            | 강원도 춘천시 백령로 156         | 033-258-2311 |
| 충북 | 연세대학교 원주세브란스기독병원 | 가능         | 강원도 원주시 일산로 20          | 033-741-0981 |
|    | 한림대학교 춘천성심병원     | 가능         | 강원도 춘천시 삭주로 77          | 033-240-5000 |
|    | 충북대학교병원          | 가능         | 충청북도 청주시 서원구 1순환로 776   | 043-269-6114 |
| 충남 | 건국대학교 충주병원       |            | 충청북도 충주시 국원대로 82        | 043-840-8200 |
|    | 단국대학교병원          | 가능         | 충청남도 천안시 동남구 망향로 201    | 1588-0063    |
|    | 순천향대학교 천안병원      | 가능         | 충청남도 천안시 동남구 순천향6길 31   | 041-570-2114 |

| 지역 | 병원명           | 인공와우<br>수술 | 주 소                      | 전화번호         |
|----|---------------|------------|--------------------------|--------------|
| 전북 | 원광대학교병원       | 가능         | 전라북도 익산시 무왕로 895         | 1577-3773    |
|    | 전북대학교병원       | 가능         | 전라북도 전주시 덕진구 건지로 20      | 1577-7877    |
|    | 전주예수병원        |            | 전라북도 전주시 완산구 서원로 365     | 063-230-1480 |
| 전남 | 여수다나이비인후과의원   |            | 전라남도 여수시 여서1로 52         | 061-655-7000 |
|    | 여수아라이비인후과의원   |            | 전라남도 여수시 시청로 19, 우리빌딩 3층 | 061-685-5500 |
|    | 화순전남대학교병원     |            | 전라남도 화순군 화순읍 서양로 322     | 1899-0000    |
| 경북 | 동국대학교 경주병원    |            | 경상북도 경주시 동대로 87          | 054-750-8000 |
|    | 순천향대학교 구미병원   |            | 경상북도 구미시 1공단로 179        | 054-468-9114 |
|    | 안동병원          |            | 경상북도 안동시 양실로 11          | 054-840-1004 |
| 경남 | 양산부산대학교병원     | 가능         | 경상남도 양산시 물금읍 금오로 20      | 1577-7512    |
|    | 경상대학교병원       | 가능         | 경상남도 진주시 강남로 79          | 055-750-8000 |
|    | 창원경상대학교병원     |            | 경상남도 창원시 성산구 삼정자로 11     | 055-214-1000 |
|    | 성균관대학교 삼성창원병원 | 가능         | 경상남도 창원시 마산회원구 팔용로 158   | 055-230-8899 |
| 제주 | 일도연세이비인후과의원   |            | 제주시 고마로 117              | 064-726-1919 |
|    | 최고이비인후과의원     |            | 제주시 노형로 376              | 064-745-8575 |
|    | 제주한라병원        |            | 제주시 도령로 65               | 064-740-5065 |
|    | 상쾌한이비인후과의원    |            | 제주시 동광로 124              | 064-752-4401 |
|    | 제주대학교병원       |            | 제주시 아라13길 15             | 064-717-1114 |
|    | 제주소리이비인후과의원   |            | 제주시 연북로 76               | 064-744-4458 |

## [참고 4]

## 영유아 보청기 처방 가능 기관 현황 ('24.1월 기준)

※ 1월 이후 현황화 자료는 신생아청각선별검사 온라인교육사이트([www.hearingscreening.or.kr](http://www.hearingscreening.or.kr)) 참고

| 지역 | 병원명            | 주 소                       | 전화번호         |
|----|----------------|---------------------------|--------------|
| 서울 | 연세대학교 강남세브란스병원 | 서울특별시 강남구 언주로 211         | 1599-6114    |
|    | 삼성서울병원         | 서울특별시 강남구 일원로 81          | 1599-3114    |
|    | 소리이비인후과의원      | 서울특별시 강남구 학동로 435         | 02-542-5222  |
|    | 강동경희대학교병원      | 서울특별시 강동구 동남로 892         | 02-440-7114  |
|    | 강동성심병원         | 서울특별시 강동구 성안로 150         | 1588-4100    |
|    | 중앙보훈병원         | 서울특별시 강동구 진황도로 61길 53     | 02-2225-1114 |
|    | 강동소리의원         | 서울특별시 강동구 천호대로 1053       | 1600-9240    |
|    | 이화여자대학교 서울병원   | 서울특별시 강서구 공항대로 260        | 1522-7000    |
|    | 강서소리의원         | 서울특별시 강서구 강서로 307         | 1670-7592    |
|    | 군자소리의원         | 서울특별시 광진구 천호대로 592(능동)    | 1600-7592    |
|    | 건국대학교병원        | 서울특별시 광진구 능동로 120-1(화양동)  | 1588-1533    |
|    | 고려대학교 구로병원     | 서울특별시 구로구 구로동로 148(구로동)   | 02-2626-1114 |
|    | 인제대학교 상계백병원    | 서울특별시 노원구 동일로 1342(상계동)   | 02-950-1114  |
|    | 노원을지대학교병원      | 서울특별시 노원구 한글비석로 68(하계동)   | 1899-0001    |
|    | 경희대학교병원        | 서울특별시 동대문구 경희대로 23(회기동)   | 02-958-8114  |
|    | 서울특별시 보라매병원    | 서울특별시 동작구 보라매로 5길20(신대방동) | 1577-0075    |
|    | 중앙대학교병원        | 서울특별시 동작구 흑석로 102(흑석동)    | 1800-1114    |
|    | 연세대학교 세브란스병원   | 서울특별시 서대문구 연세로 50-1(신촌동)  | 1599-1004    |
|    | 가톨릭대학교 서울성모병원  | 서울특별시 서초구 반포대로 222(반포동)   | 1588-1511    |
|    | 한양대학교병원        | 서울특별시 성동구 왕십리로 222-1(사근동) | 02-2290-8114 |
|    | 고려대학교 안암병원     | 서울특별시 성북구 고려대로 73(안암동)    | 1577-0083    |
|    | 서울아산병원         | 서울특별시 송파구 올림픽로43길 88(풍납동) | 1688-7575    |
|    | 이화여자대학교 목동병원   | 서울특별시 양천구 안양천로 1071(목동)   | 1666-5000    |
|    | 가톨릭대학교 여의도성모병원 | 서울특별시 영등포구 63로 10(여의도동)   | 1661-7575    |
|    | 한림대학교 강남성심병원   | 서울특별시 영등포구 신길로 1(대림동)     | 1577-5587    |
|    | 박수경99이비인후과의원   | 서울특별시 영등포구 시흥대로 675       | 02-831-9900  |
|    | 순천향대학교 서울병원    | 서울특별시 용산구 대사관로 59(한남동)    | 02-709-9114  |
|    | 가톨릭대학교 은평성모병원  | 서울특별시 은평구 통일로 1021(진관동)   | 1811-7755    |
|    | 서울대학교병원        | 서울특별시 종로구 대학로 101(연건동)    | 1588-5700    |

| 지역 | 병원명             | 주 소                         | 전화번호         |
|----|-----------------|-----------------------------|--------------|
|    | 강북삼성병원          | 서울특별시 종로구 새문안로 29(평동)       | 1599-8114    |
| 부산 | 인제대학교 부산백병원     | 부산광역시 부산진구 복지로 75(개금동)      | 051-890-6114 |
|    | 고신대학교 복음병원      | 부산광역시 서구 감천로 262(암남동)       | 051-990-6114 |
|    | 부산대학교병원         | 부산광역시 서구 구덕로 179(아미동)       | 051-240-7000 |
|    | 동아대학교병원         | 부산광역시 서구 대신공원로 26(동대신동)     | 051-240-2000 |
|    | 인제대학교 해운대백병원    | 부산광역시 해운대구 해운대로 875(좌동)     | 051-797-0100 |
|    |                 |                             |              |
| 대구 | 대구가톨릭대학교병원      | 대구광역시 남구 두류공원로 17길33(대명동)   | 1688-0077    |
|    | 영남대학교병원         | 대구광역시 남구 현충로 170(대명동)       | 1522-3114    |
|    | 대구파티마병원         | 대구광역시 동구 아양로 99(신암동)        | 1688-7770    |
|    | 칠곡경북대학교병원       | 대구광역시 북구 호국로 807(학정동)       | 053-200-2114 |
|    | 계명대학교 동산병원      | 대구광역시 중구 달성로 56(동산동)        | 053-250-8114 |
|    | 경북대학교병원         | 대구광역시 중구 동덕로 130(삼덕동)       | 1666-5114    |
| 인천 | 가천대학교 길병원       | 인천광역시 남동구 남동대로 774번길21(구월동) | 1577-2299    |
|    | 가톨릭대학교 인천성모병원   | 인천광역시 부평구 동수로 56(부평동)       | 1544-9004    |
|    | 가톨릭관동대학교 국제성모병원 | 인천광역시 서구 심곡로 100번길25(심곡동)   | 1600-8291    |
|    | 인하대학교병원         | 인천광역시 중구 인항로 27(신흥동3가)      | 032-890-2114 |
| 광주 | 광주기독병원          | 광주광역시 남구 양림로 37(양림동)        | 062-650-5000 |
|    | 전남대학교병원         | 광주광역시 동구 제봉로 42(학동)         | 1899-0000    |
|    | 조선대학교병원         | 광주광역시 동구 필문대로 365(학동)       | 062-220-3321 |
| 대전 | 건양대학교병원         | 대전광역시 서구 관저동로 158(관저동)      | 1577-3330    |
|    | 대전을지대학교병원       | 대전광역시 서구 둔산서로 95(둔산동)       | 1899-0001    |
|    | 가톨릭대학교 대전성모병원   | 대전광역시 중구 대흥로 64(대흥동)        | 1577-0888    |
|    | 충남대학교병원         | 대전광역시 중구 문화로 282(대사동)       | 1599-7123    |
| 울산 | 하나이비인후과병원       | 울산광역시 남구 삼산로 139(달동)        | 052-708-1111 |
|    | 울산대학교병원         | 울산광역시 동구 방어진순환도로 877(전하동)   | 052-250-7000 |
| 세종 | 세종충남대학교병원       | 세종시 보듬7로 20(도담동)            | 1800-3114    |
| 경기 | 명지병원            | 경기도 고양시 덕양구 화수로 14번길55(화정동) | 031-810-5114 |
|    | 동국대학교 일산병원      | 경기도 고양시 일산동구 동국로 27(식사동)    | 1577-7000    |
|    | 국민건강보험 일산병원     | 경기도 고양시 일산동구 일산로 100(백석동)   | 1577-0013    |
|    | 인제대학교 일산백병원     | 경기도 고양시 일산서구 주화로 170(대화동)   | 031-910-7114 |
|    | 중앙대학교 광명병원      | 경기도 광명시 일직동 501             | 1811-7800    |

| 지역 | 병원명              | 주 소                          | 전화번호         |
|----|------------------|------------------------------|--------------|
|    | 한양대학교 구리병원       | 경기도 구리시 경춘로 153(교문동)         | 1644-9118    |
|    | 가톨릭대학교 부천성모병원    | 경기도 부천시 소사로 327(소사동)         | 1577-0675    |
|    | 순천향대학교 부천병원      | 경기도 부천시 조마루로 170(중동)         | 032-621-5114 |
|    | 분당서울대학교병원        | 경기도 성남시 분당구 구미로173번길 82(구미동) | 1588-3369    |
|    | 분당제생병원           | 경기도 성남시 분당구 서현로180번길 20(서현동) | 031-779-0000 |
|    | 차의과학대학교 분당차병원    | 경기도 성남시 분당구 야탑로 59(야탑동)      | 1577-4488    |
|    | 아주대학교병원          | 경기도 수원시 영통구 월드컵로 164(원천동)    | 1688-6114    |
|    | 가톨릭대학교 성빈센트병원    | 경기도 수원시 팔달구 중부대로 93(지동)      | 1577-8588    |
|    | 고려대학교 안산병원       | 경기도 안산시 단원구 적금로 123(고잔동)     | 1577-7516    |
|    | 한림대학교 성심병원       | 경기도 안양시 동안구 관평로170번길 22(평촌동) | 031-380-1500 |
|    | 연세대학교 용인세브란스병원   | 경기도 용인시 기흥구 동백죽전대로 363(중동)   | 1899-1565    |
|    | 가톨릭대학교 의정부성모병원   | 경기도 의정부시 천보로 271(금오동)        | 1661-7500    |
|    | 한림대학교 동탄성심병원     | 경기도 화성시 큰재봉길 7(석우동)          | 1522-2500    |
| 강원 | 강릉아산병원           | 강원도 강릉시 사천면 방동길 38(사천면)      | 033-610-3114 |
|    | 연세대학교 원주세브란스기독병원 | 강원도 원주시 일산로 20(일산동)          | 033-741-0981 |
|    | 한림대학교 춘천성심병원     | 강원도 춘천시 삭주로 77(교동)           | 033-240-5000 |
| 충북 | 충북대학교병원          | 충청북도 청주시 서원구 1순환로 776(개신동)   | 043-269-6114 |
|    | 건국대학교 충주병원       | 충청북도 충주시 국원대로 82(교현동)        | 043-840-8200 |
| 충남 | 단국대학교병원          | 충청남도 천안시 동남구 망향로 201(안서동)    | 1588-0063    |
|    | 순천향대학교 천안병원      | 충청남도 천안시 동남구 순천향6길 31(봉명동)   | 041-570-2114 |
| 전북 | 원광대학교병원          | 전라북도 익산시 무왕로 895(신동)         | 1577-3773    |
|    | 전북대학교병원          | 전라북도 전주시 덕진구 건지로 20(금암동)     | 1577-7877    |
| 전남 | 화순전남대학교병원        | 전라남도 화순군 화순읍 서양로 322(일심리)    | 1899-0000    |
| 경북 | 동국대학교 경주병원       | 경상북도 경주시 동대로 87(석장동)         | 054-748-9300 |
|    | 순천향대학교 구미병원      | 경상북도 구미시 1공단로 179(공단동)       | 054-468-9114 |
| 경남 | 양산부산대학교병원        | 경상남도 양산시 물금읍 금오로 20(범어리)     | 1577-7512    |
|    | 경상대학교병원          | 경상남도 진주시 강남로 79(칠암동)         | 055-750-8000 |
|    | 창원경상대학교병원        | 경상남도 창원시 성산구 삼정자로 11(성주동)    | 055-214-1000 |
|    | 성균관대학교 삼성창원병원    | 경상남도 창원시 마산회원구 팔용로 158(합성동)  | 055-233-8899 |
| 제주 | 제주대학교병원          | 제주특별자치도 제주시 아란13길 15         | 064-717-1114 |
|    | 제주소리이비인후과의원      | 제주특별자치도 제주시 연북로 76           | 064-744-4458 |



## 영유아 사전예방적 건강관리 (Q&A)

### ■ 공통 사항

Q

1. 영아 출생신고 전 지원신청 시 신청기관(관할 보건소)?

A

출생신고 후 대상 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소에 신청하는 것이 원칙이나, 부득이한 사유로 출생신고 전에 지원신청하려는 경우 부모 주소지의 관할 보건소로 신청할 것 (부와 모의 주소지가 다를 경우 신청이 편리한 보건소에 신청할 수 있으며, 중복 신청 방지를 위해 보건소 담당자는 타 주소지 관할 보건소에 기 지원 여부 문의 후 지급 결정 요망)

Q

2. 지원신청 관련 서류 제출 시, 사본 가능 여부?

A

- 원본대조필 사본 가능 : 진단서/소견서, 입·퇴원확인서, 출생보고서/출생증명서, 진료비(검사비) 영수증, 진료비(검사비) 세부내역서 등
- 복사본 가능 : 주민등록등본, 가족관계증명서, 건강보험증, 건강보험료 납부확인서, 진료확인서(크론병), 청력검사 결과지 등
- 원본 제출 : 보청기 지원신청 관련 서류(보청기 처방전, 외래 진료기록지, 검수확인서, 보청기 구입 영수증, 보청기 바코드, 보청기 사진)

Q

3. A 주소지 관할 보건소에 필요 서류를 모두 갖추어 지원신청을 하였으나 지급결정 통지 전 B 주소지로 전출한 경우, 지원금 지급 관할 보건소?

A

신청일(최종 서류 제출일) 기준 주소지(A) 관할 보건소에서 지원금 지급

Q

4. 대상 영아의 부모가 모두 외국인일 경우, 지원 가능 여부?

A

부모가 모두 외국인일 경우 지원 불가. 단, 부모 중 1명이 대한민국 국적 소지자이거나 부모가 모두 난민협약에 의한 난민일 경우에는 지원 요건 충족 시 지원 가능

**Q** 5. 영유아 사전예방적 건강관리 사업과 타 사업(고위험 임산부 의료비 지원사업 등)을 보건소에 동시에 신청하면서 타 사업 행정정보공동이용에 동의하여 제출이 생략되는 서류에 대해 인정 가능 여부?

**A** 인정 가능(보건소 전달체계를 활용하는 복지부 관련 사업에서 공유 가능한 서류라면 민원인 편의상 인정하는 것이 바람직)

## ■ 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원

**Q** 6. 개인병원에서 2.5kg 이상으로 출생한 신생아가 호흡 곤란 증상을 보여 대학병원으로 이송되었는데 몸무게가 2.4kg으로 확인될 경우, 미숙아 의료비 지원 가능 여부?

**A** 출생 시 체중 기준으로 2.5kg 미만이어야 미숙아에 해당하므로, 미숙아 의료비 지원 불가

**Q** 7. 미숙아가 일반신생아실 또는 준중환자실 인큐베이터 이용 시, 의료비 지원 가능 여부?

**A** 집중치료를 요하는 미숙아가 지원 대상이므로 일반신생아실 또는 준중환자실(의료기관 자체 병실분류법으로 추정) 등의 인큐베이터를 이용한 경우는 지원 불가

**Q** 8. 미숙아로 출생 후 24시간 이내에 A병원의 신생아중환자실에 입원하여 치료 중 퇴원 없이 바로 B병원의 ①일반신생아실 또는 ②신생아중환자실(소아중환자실)로 옮겨서 계속 입원하고 치료를 받은 경우, B병원에서 발생한 의료비 지원 가능 여부?

**A** 집중치료를 요하는 미숙아가 지원 대상이므로 ①일반신생아실은 지원 제외 ②신생아중환자실(소아중환자실)은 지원 포함

\* 자의로 전원한 경우에도 지원

**Q** 9. 15일 동안 신생아중환자실에 입원하여 치료 받은 미숙아의 진료비 세부내역서 상, 10일은 신생아중환자실 수가가 적용되었으나 후반 5일은 일반병실 수가가 적용된 경우, 의료비 지원 가능 범위?

**A** 신생아중환자실에 일반병실 수가가 적용되었다는 것은 신생아중환자실 수가 적용이 가능한 치료가 수반되지 않았음을 의미하므로 일반병실 수가가 적용된 의료비는 지원 제외

**Q 10. 미숙아 의료비 지원사업에서 지원 제외되는 재입원의 경우?**

- A** 일반적으로 재입원이란 입원치료가 종료되어 퇴원하고 일정 시간 경과 후 재발 혹은 2차 치료 등의 사유로 다시 입원하는 경우를 의미함

**Q 11. 해외에서 발생한 미숙아 또는 선천성이상아 의료비의 지원 가능 여부?**

- A** 지원 불가

**Q 12. 1.4kg의 미숙아로서 1천만원의 의료비가 발생하였고 지자체에서 긴급의료비로 3백만원을 지원받은 경우(항목별 구분 없음), 본 의료비 지원사업의 지원금액 산정방법?**

- A** 의료비 항목별(급여·비급여 등) 구분이 없으므로, 일부분인부담금을 우선 공제한 후 전액본인부담금 및 비급여 진료비를 추가 공제하여 지원금액을 산정

**Q 13. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업의 지원 요건은 충족하나 신청기간을 경과하여 신청한 경우, 지원 가능 여부?**

- A** 자연 신청 사유의 타당성 및 지자체별 예산 여건 등을 고려하여 지원이 필요하다고 인정되는 경우 지원 가능. 단, 과도한 기간 경과를 용인하는 것은 지원기준 범위의 무한 확대를 초래할 수 있으므로 허용 범위를 최소화할 것

**Q 14. 선천성이상아 의료비 지원 제외 질환 중에 Q17.0 또는 Q82.8이 포함되어 있는데 선천성부이개 절제술 의료비는 무조건 지원이 안되는 것인지?**

- A** Q17.0 또는 Q82.8은 귀 바퀴 앞에 생긴 피부 돌기를 말하는 것으로 해당 절제술은 대부분 기능개선 목적과 무관하게 외모개선 목적으로 이루어지며, 귀의 기능에 영향을 주지 않는다는 것이 전문가들의 판단과 당초 지원 취지를 고려한 것임

다만, 실제 기능개선 목적이 명확한 경우에는 예외적으로 지원이 가능하나, 실제 기능개선 목적인지 여부 판단은, 진단서 등에 '기능상 문제로 인해 수술이 반드시 필요하다'는 명확한 사유의 소견이 포함되어 있고, 실제로도 수술전 구체적으로 어떠한 기능상 문제가 있었는지(예: 선천성부이개로 인한 청각 기능 이상 등)와 수술을 통해 정상 기능 회복 등 기능개선 목적이었음을 확인할 필요



**Q 15. 다지증(Q69) 지원 가능 여부?**

**A** 다지증(Q69)은 외모개선 목적의 수술에 포함되지 않는 것으로 보아 지원 가능

**■ 선천성대사이상 검사 및 환아관리**

**Q 16. 선천성 대사이상 선별검사 결과 유소견 판정에 따라 건강보험이 적용된 확진 검사를 2차례 실시(혈액검사, 갑상선스캔, 초음파 등 검사종류는 상이)한 경우 7만원 범위내에서 의료비 지원이 가능한지?**

**A** 선천성 대사이상 환아로 판정된 경우 건강보험이 적용된 검사비에 한해 본인부담금을 합산하여 7만원 한도내에서 (횟수 제한없이) 지원가능

\* 유사사례의 선천성 난청 확진검사의 경우에는 난청으로 확진 여부와 관계없이 지원요건을 갖춘 확진검사비에 한해 본인부담금을 합산하여 7만원 한도내에서 (횟수 제한없이) 지원

**Q 17. 요소회로대사장애로 진단받은 환아에게 의사가 UCD와 프로테인프리를 처방한 경우, 2가지 분류 지원 가능 여부?**

**A** 의료기관의 처방이 있을 경우 2가지 분류 모두 지원 가능. 단, 권고사항/필수사항 여부 확인하여 처방에 따라 지원할 것

**Q 18. 크론병 환아 가정이 6개월마다 제출하는 진료확인서를 선천성대사이상 환아관리 정보시스템에 업로드 해야 하는지 여부?**

**A** 진료확인서는 환아관리 정보시스템에 업로드 하지 않고 보건소에 보관하여 관리

**Q 19. 크론병 K50.9 질환코드 등 기존에 지원을 받아오던 환아가 2020년 사업안내서 부터 지원대상에서 제외되었는데 계속 지원 가능한지?**

**A** 2020년도 지침 주요 변경내용(27~28쪽)을 보면, 지원대상 질환코드 변경 내용은 2020년 이후 특수식이 또는 선천성갑상선 기능저하증 의료비 신규 신청 환아부터 적용하도록 규정하고 있으므로 지침 변경전 지원대상으로서 지원을 받아온 환아는 지원대상 연령 경과 등 특별히 지원대상에서 제외 사유에 해당하지 않는다면 계속 지원 가능

**Q 20. 온라인 신청 시스템 활용이 불가능한 환아 가정의 특수식이 신청 방법?**

**A** 기존 방식(보건소에 직접 방문하여 신청서 등 필요 서류 제출)으로 신청하고, 이를 토대로 보건소 담당자가 시스템 상 온라인 신청 처리

**Q 21. 만 3세 영아가 선천성 갑상선기능저하증으로 진단 받고 보건소에 환아 등록한 이후 발생한 의료비에 대해 지원신청을 하는 경우, 지원 가능 여부?**

**A** 선천성 갑상선기능저하증 질환코드(E03.0, E03.1)로 진단 받은 환아는 19세 미만까지 지원 가능

**Q 22. 선천성 갑상선기능저하증 의료비 지원신청을 위해 '진료비 영수증' 대신 '진료비 납입확인서'를 제출한 경우, 인정 가능 여부?**

**A** 아래 2가지 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 영수증 대신 납입확인서 제출 인정 가능  
① 진료비 세부내역서와 진료비 납입확인서 상 각 항목별(급여·비급여 등) 금액이 일치하고,  
② 지원신청한 의료비 내역이 납입확인서 상 모두 확인되는 경우

■ 선천성 난청검사 및 보청기 지원

**Q 23. 국민연금공단에서 국가 청각장애 진단을 이미 받았거나 국가 청각장애 진단 기준인 양측 60dB 이상의 난청에 해당하는 경우, 영유아 보청기 지원 가능 여부?**

**A** 국민연금공단의 국가 청각장애 진단을 받은 경우 영유아 보청기는 지원 불가  
단, 국가 청각장애 진단 기준에 해당되어 청각장애 등록 신청을 하였으나 '불승인'된 경우에는 불승인 사유가 기재된 '장애등급결정서' 추가 제출 시 영유아 보청기 지원 가능

**Q 24. 영유아 보청기 지원대상 난청에 해당되나 보건소 신청일 기준 8개월 전에 이미 자비로 보청기를 구입하여 착용하고 있을 경우, 보청기 지원 가능 여부?**

**A** 보건소 신청일 전후 6개월\* 이내에 구입한 보청기에 대해서만 지원 가능하므로, 신청일 기준 이미 착용한 지 6개월이 넘은 보청기는 지원 불가

\* 국민연금공단의 국가 청각장애진단 기준에 준한 것으로서, 일반적으로 6개월 경과 시 청력의 변동 가능성이 있기 때문에 설정

단, 아이가 성장하면서 청력의 변화나 보청기 분실 · 고장 등으로 보청기를 교체해야 할 경우가 발생하면 만 5세 미만 시기에 신청 시 지원 가능

**Q** 25. 영유아 보청기 처방전을 받기 위해 대학병원급 병원에 방문하였으나 병원의 예약이 밀려 청력검사를 보청기 신청일 기준 6개월을 경과하여 시행한 경우, 지원 가능 여부?

**A** ① ‘난청이 고착되었음(변하지 않는 상태)’과, ② ‘6개월을 경과하여 검사를 시행하게 된 사유’를 보청기 처방전 또는 검수확인서에 기재하여 제출 시 지원 가능

**Q** 26. 처방전 발급 병원이 아닌 거주지 근처 병원에서 보청기 구입 가능 여부?

**A** 보청기는 ‘보청기 처방전’을 발급한 대학병원급 병원에서 구입하여 지속적으로 청력과 언어 재활에 대한 관리를 받고 ‘검수확인서’를 제출하는 것이 원칙임

예외적으로 보청기 처방전 발급 병원이 거주지에서 먼 경우, 이사를 한 경우, 청력 및 언어 발달에 대한 관리를 타 병원으로 이전하여 받게 된 경우 등에 거주지 근처 이비인후과나 보청기 판매점에서 구입 가능하나, ‘검수확인서’에 그 사유와 ‘정기적으로 ○○병원에서 청력과 언어 상태 및 보청기 점검 위해 외래 진료 예정’ 등 담당 의사의 소견을 기재하여야 함

**Q** 27. 처방전 발급 병원에서 보청기를 구입하였으나 병원 내 절차 상 보청기 구입처가 해당 병원으로 되어 있지 않는 경우, 처리 방법?

**A** 보청기 구입 영수증 또는 검수확인서에 해당 병원의 관리를 받는다는 내용 기재  
(예. 한국대학병원 관리 ○○ 보청기)

## 2024년 모자보건사업 안내

Ministry of Health and Welfare

## 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

1. 사업개요
2. 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내
3. 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용
4. 사업비용 관리 및 정산

Part  
VII

## 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업



### 1 사업개요

#### 가. 추진개요

##### 1) 근거

- 「저출산·고령사회기본법」(제8조 ~ 제10조)

##### 2) 사업목적

- 저소득층 영아(0~24개월) 가정의 육아 필수재인 기저귀 및 조제분유 지원을 통해 경제적 부담 경감 및 아이 낳기 좋은 환경 조성

##### 3) 사업기간 : 2015.10월부터 계속사업

##### 4) 주요경과

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 대선 공약으로 선정('12.12월)
- “저소득층 기저귀·조제분유 지원사업” 국정과제(62-1)로 확정('13.5월)
  - \* 국정과제 62(임신과 출산 맞춤형 지원) → (62-1) 맞춤형 임신·출산 비용 지원
- 예비타당성조사 실시 및 사업추진 타당성 확보('14.1~11월)
  - \* AHP(Analytic Hierarchy Process, 분석적 계층화법) 종합평점 0.512로 사업추진 타당성 확보
- '15.10.30. 사업 시행(기준중위소득 40% 이하, 기저귀 32천원·조제분유 43천원)
- '16년 지원단가 인상(기저귀 32천원 → 64천원, 조제분유 43천원 → 86천원)

- '17년 기저귀 지원 사업기간(생후 0~24개월) 확대, 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁 및 부자·조손가족 양육아동 조제분유 지원 추가
- '18년 조제분유 지원대상 추가(산모의 의식불명, 영아 입양가정 등)
- '19년 자격확인방식으로 변경하여 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 대상 지원
- '20년 기준중위소득 80% 이하의 장애인 가구와 기준중위소득 80% 이하의 다자녀(2인 이상) 가구로 지원 확대 및 조제분유 지원대상 추가(산모의 유선 손상 등)
- '22년 8월 고물가 부담 경감을 위한 생활안정 지원방안제1차 비상경제민생회의에 따라 지원단가 인상 (기저귀 64천원 → 70천원, 조제분유 86천원 → 90천원)
- '23년 지원단가 인상(기저귀 70천원 → 80천원, 조제분유 90천원 → 100천원)
- '24년 지원단가 인상(기저귀 80천원 → 90천원, 조제분유 100천원 → 110천원)

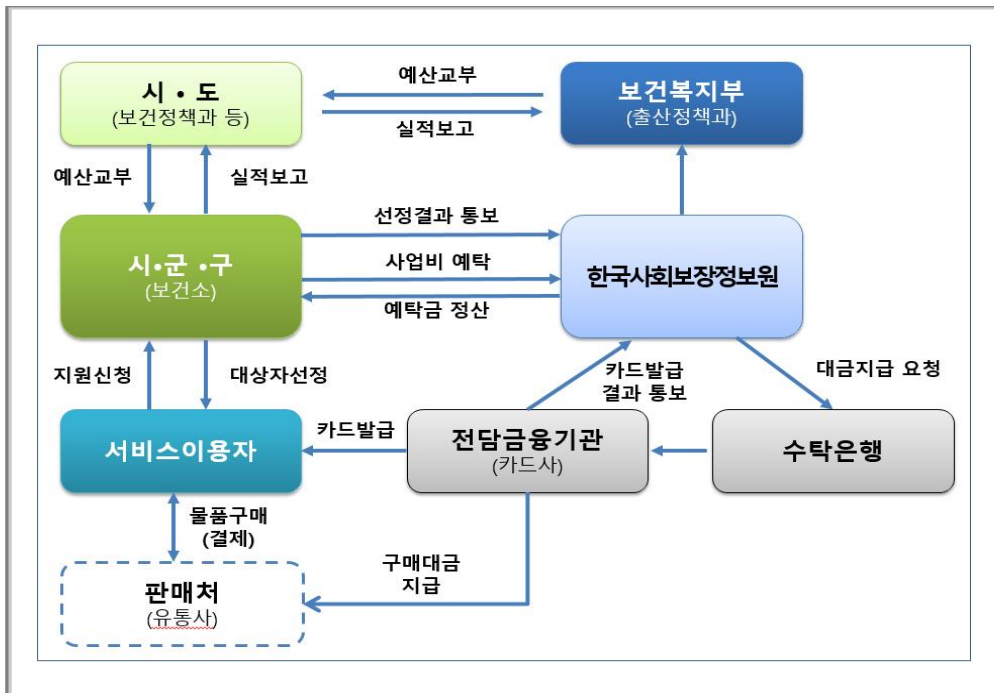
## 나. 운영 방식

### 1) 개요

- (바우처 카드) 국가 바우처 통합카드(국민행복카드)\* 발급 및 이용
  - \* 국민행복카드 : 국가에서 시행하는 다양한 바우처를 하나의 카드로 이용할 수 있는 통합형 바우처 카드로 '15.5월 출시
  - \* 국가 바우처 통합카드는 이하 '국민행복카드'라 한다
- (업무 위탁) 한국사회보장정보원에 시스템 운영 및 지자체 예산의 예탁, 정산 등 업무 위탁
  - 대상자별 바우처의 생성 및 사용금액에 대한 비용 지급·정산
  - 사업 예탁금의 입/출금 관리 및 정산
  - 사업운영체계인 '전자바우처시스템' 관리 및 개선
  - 전담금융기관(카드사), 수탁기관 등 외부기관과 연계업무 처리

- (용역위탁계약) 업무를 수행할 카드사 다수 선정하여 위탁계약 체결
  - 국민행복카드의 발급에 대한 업무
  - 유통점(공급자)로부터 바우처 결제 청구 시 비용 지급 업무
  - 바우처 결제 비용을 한국사회보장정보원과 정산하고 그 대금을 청구
  - 기타 카드 사용과 관련된 민원 처리 및 해결
  - 상위 업무에 대한 자동화 업무(전자바우처시스템과의 연계)

## 2) 사업 추진 체계(사업예산 흐름도)





### 3) 사업 주체 및 역할

| 사 업 주 체     |                     | 역 할                                                                                                                                                           |
|-------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 보건<br>복지부   | 출산정책과               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 기본계획 수립, 지침 작성 등 사업 총괄</li> <li>● 사업수행 예산 편성, 관리</li> <li>● 사업 평가 및 지도·감독</li> </ul>                                 |
|             | 사회서비스정책과            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 바우처 운영계획 수립 및 관리</li> <li>● 전자바우처시스템 구축 및 관리</li> </ul>                                                              |
| 시·도         | 보건정책과 등<br>사업 담당부서  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 사업비 예산 교부 및 조정</li> <li>● 시·군·구 사업 관리 감독</li> </ul>                                                                  |
| 시·군·구       | 보건소<br>(읍·면·동 주민센터) | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 사업비 예산 예탁 및 집행상황 관리</li> <li>● 지원대상자 신청 접수 및 선정<br/>(● 출생신고 시 보유자격 확인하여 사업 안내)<br/>(● 지원대상자 신청 접수)</li> </ul>        |
| 한국사회보장정보원   |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 시·군·구 예탁금 관리 및 정산</li> <li>● 카드사와 바우처 비용(구매비용) 정산</li> <li>● 서비스 모니터링 실시 및 통계 관리</li> <li>● 바우처 시스템 관리·운영</li> </ul> |
| 전담금융기관(카드사) |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 국민행복카드 발급 및 배송</li> <li>● 물품판매점 가맹 및 품목관리</li> <li>● 구매비용 지급 및 한국사회보장정보원과 정산</li> </ul>                              |
| 수탁은행        |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 사업비 예탁계좌 및 예탁금 입/출금 관리</li> </ul>                                                                                    |

## 2 기저귀·조제분유 바우처 지원 운영 안내

| 대상자 선정 절차  |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 구 분        | 주 체             | 내 용                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 서비스 신청     | 영아의 부모 등 신청권자   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 신청서 작성</li> <li>• 구비서류 제출(개인정보 수집·이용 동의서 등)</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |
| ↓          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 접수 및 상담·조사 | 주민센터 또는 보건소 담당자 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 신청서 접수 및 등록</li> <li>• 대상자 여부 확인                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- (기저귀) 대상 영아 등의 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 등 보유 자격 및 기준중위소득 80% 이하의 장애인·다자녀(2인 이상) 가구 여부 확인</li> <li>- (조제분유) 지원대상 질환 여부 등 확인</li> </ul> </li> </ul> |
| ↓          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 자격 판정      | 보건소 담당자         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자 여부 및 지원금액 결정</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                         |
| ↓          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 결과 통보      | 보건소 담당자         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (보건소 → 신청인) 대상 판정 결과 및 유형 통지</li> <li>• (행복e음 → 전자바우처) 대상 판정 결과를 행복e음 시스템에서 전자바우처시스템으로 전송</li> </ul>                                                                                                                                                |
| ↓          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 카드 신청      | 서비스 대상자         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 전담금융기관 영업점을 방문하여 '국민행복카드' 신청</li> <li>* BC·삼성·롯데·KB국민·신한 카드사 '국민행복카드' 기소지자는 별도의 신청절차 없이 기존 카드 이용 가능</li> </ul>                                                                                                                                      |
| ↓          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 카드 발급 및 배송 | 전담금융기관 (카드사)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 카드 발급 및 배송</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |

## 가. 바우처 지원대상

### 1) 기본 지원대상

#### ● 기저귀 지원 대상

- 만 2세 미만의 영아를 둔 아래 기초생활보장수급자, 차상위계층, 한부모가족 수급 가구 대상으로 영아별로 지원(예. 쌍둥이·삼둥이 등의 경우 각각의 아동 별로 지원)
- 국민기초생활보장법 상 생계·의료·주거·교육급여 수급 가구
- 차상위 본인부담경감 대상 가구
- 자활사업에 참여하는 차상위 가구
- 차상위 장애인 수당·연금 수급 가구
- 차상위계층확인서 발급 대상 가구
- 한부모가족지원법에 의한 지원 대상 가구(청소년한부모가족 포함)

| 지원대상                   |             | 소득수준(참고)                         |
|------------------------|-------------|----------------------------------|
| 기초생활보장                 | 생계급여        | 기준중위소득 30% 이하                    |
|                        | 의료급여        | 기준중위소득 40% 이하                    |
|                        | 주거급여        | 기준중위소득 43% 이하                    |
|                        | 교육급여        | 기준중위소득 50% 이하                    |
| 차상위계층                  | 차상위본인부담경감대상 | 기준중위소득 50% 이하                    |
|                        | 차상위자활       |                                  |
|                        | 차상위장애인      |                                  |
|                        | 차상위계층확인     |                                  |
| 한부모가족<br>(청소년한부모가족 포함) |             | 기준중위소득 60% 이하<br>(기준중위소득 72% 이하) |

- 만 2세 미만의 영아를 둔 기준중위소득 80% 이하의 장애인 가구
  - 부 또는 모 또는 영아가 일반장애인으로 등록된 가구 대상 영아별로 지원
- 만 2세 미만의 영아를 둔 기준중위소득 80% 이하의 다자녀(2인 이상) 가구
  - 2인 이상 다자녀 가구 내 2세 미만 영아별로 지원

- (조제분유) 기저귀 지원대상 중 아래 사유에 해당 시 지원  
(단, 영양플러스사업·선천성대사이상 환자관리 사업의 조제분유 지원과 중복 불가)
- 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁보호·입양대상 아동, 한부모(부자·조손)\* 및 영아 입양 가정의 아동(이하 ‘아동복지시설 등 아동’이라 함)
- \* 한부모가족지원법 제4조 내지 제5조의2에 따른 부자 또는 조손가정에 한함
- 산모의 사망·질병으로 모유수유가 불가능한 경우

조제분유 지원신청 가능한 산모의 질병명(질병코드)

- ① 에이즈(B20, B21, B22, B23, B24, O98.7, Z21, Z20.6)
- ② HTLV감염(C91.5, Z22.6)
- ③ 마약 및 정신이상약에 의한 중독(T40)
- ④ 분류되지 않은 마약 및 환각제에 의한 자의의 중독 및 노출(X62)
- ⑤ 악성신생물(C00~C97)
  - 항암화학요법 중인 경우만 모유수유 금지, 동 내용이 의사진단서에 기재된 경우만 지원
- ⑥ 유방의 악성신생물(C50)
  - 항암화학요법을 포함한 치료를 받고 있는 경우 모유수유 금지, 동 내용이 의사진단서에 기재된 경우만 지원
- ⑦ 방사선 치료(Z51.0)
- ⑧ 항암제 치료(Z51.1)
- ⑨ 뇌하수체의 기능저하증(E23)
- ⑩ 중증 산후기 정신장애(F00~F99)로 수유가 불가능하다고 의사가 판단하는 경우

- 산모의 방사성 요오드 치료, 의식불명, 뇌출혈 등으로 인한 의식 기능의 현저한 저하, 상반신 마비, 장기간(4주 이상) 입원치료, 희귀·중증난치질환자\*로서 스테로이드 고용량 투여 또는 면역억제제 투여, 산모의 유방절제술·유방확대술 등으로 인한 유선손상, 질환으로 인한 지속적 약물 복용이 모유를 통해 영아에게 영향을 미치는 경우로 모유수유가 불가능하다고 의사가 판단하는 경우

\* 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 [별표4]희귀질환자, [별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상에 한함(보건복지부 홈페이지([www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr))→ 정보→ 법령→ 훈령/예규/고시/지침→ 보건복지부 고시 제2018-255호 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 고시 참고)

## 2) 예외 지원대상

- 기본 지원대상의 소득 수준을 초과하더라도 광역 시·도지사가 별도의 자체 기준을 정하여 추가 지원 가능
- 예외 지원은 자치단체의 별도 예산 범위 내에서 시행하되, 동일 광역 시·도 내에서는 가급적 동일한 예외 대상·기준 등을 적용하는 것을 원칙으로 함
- 다만, 기초자치단체가 자체 방침에 따라 광역 시·도가 정한 예외 지원 기준을 초과하여 추가 지원하고자 할 경우에는 초과분에 대해 전액 시·군·구비로 부담함
- 지원대상자가 해당 시·군·구에서 전출할 경우 자동으로 자격이 중지됨

## 나. 바우처 신청

### 1) 신청 기간

- 영아 출생 후 만 2년이 되는 날의 전날까지 신청 시, 신청일 기준으로 지원
  - 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원
  - \* 만 2년이 되는 날의 전날 또는 60일이 되는 날이 토·일요일·공휴일인 경우에는 익일까지 인정
  - \*\* 신청일 기준으로 지원요건을 충족(주민등록번호 기 발급)하여야 하며, 기타 주민등록등본 등의 발급이 지연되는 개별 사례 인정 불가

### 2) 신청 자격

- 대상 : 국내에 주민등록 또는 외국인 등록을 한 만 2세 미만 영아
  - 외국인의 경우 부모 중 어느 한 쪽이 대한민국 국적을 가진 경우 허용
  - \* 지원제외자 : 부모 모두 외국 국적인 자 및 국외 이주자
  - 단, 난민협약에 의한 난민, 특별기여자, 북한이탈주민, 영주귀국 사할린 한인은 자격 요건 충족 시 지원 가능

(참고) 특별기여자 자격관리

○ 특별기여자 자격채정(3가지 모두 충족 필요)

① 대상 아동의 외국인등록증상 번호가 F-2비자로 확인된 자

② 법무부에서 해당 지자체(외국인업무 담당자)에 제공하는 특별기여자 명단(공문)과 대조하여 특별기여자인지 최종 확인

③ 외국인등록증 및 해당 공문 등 구비서류(사회보장정보시스템 구비서류 등록시 반드시 서류명 난민증명서 카테고리에 등록) 첨부

- 신청권자 : 지원신청서 서식 상 신청인이 바우처 실사용자가 됨
  - 원칙적으로 영아의 부모가 신청권자가 됨. 부모 각각의 명의로 카드 발급 시 지급된 바우처 공동 사용 가능
  - 부득이 부모의 사정으로 지원신청이 어렵거나, 주양육자가 부모가 아닌 경우에는 영아의 양육을 주로 담당하는 자\*가 신청하여 바우처 카드 발급·사용 가능. 지원신청서 신청인 란에 주양육자 이름 기입 필요
- \* 주민등록등본상 세대를 같이 하는 가족, 가족관계증명서를 지참한 친족(8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척), 후견인·법정대리인, 사회복지시설의 장 또는 근무자, 위탁가정의 위탁모 등

### 3) 신청 장소

- 영아의 주민등록 주소지 관할 시·군·구 보건소, 읍·면·동 주민센터 또는 온라인 (복지로([www.bokjiro.go.kr](http://www.bokjiro.go.kr)) 또는 정부24([www.gov.kr](http://www.gov.kr)))
  - \* 보건소 담당자는 사회보장정보시스템(행복e음) 상의 '바우처 신청현황'을 매일 확인하여 주민센터에서 접수된 신청사항을 지체 없이 처리
  - \*\* 시설아동, 신변보호가 필요한 가정폭력·성폭력 피해자시설 입소자의 경우에는 영아의 주민등록 주소지가 아닌 보호시설 소재지 보건소(주민센터)에 신청 가능하며, 신청 받은 지자체에서 지원

#### 4) 구비 서류

| 구 분                         | 구비 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청자 제출<br>(공동)              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서 1부</li> <li>■ 개인정보 수집 및 이용 동의서 1부</li> <li>* '출산서비스 통합처리신청서' 작성시 '사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서' 및 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 같음</li> <li>■ 주민등록등본 1부*</li> <li>* 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 제출 생략</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 해당자 제출<br>(추가)              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (기준중위소득 80% 이하 가구) 영아 부모의 소득 증빙자료, 가구원수 확인 자료               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 영아 부모의 건강보험증 사본(맞벌이 부부일 경우 부부 모두 첨부)</li> <li>② 영아 부모의 소득증빙자료                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- (건강보험료 확인이 가능한 경우) 신청일 기준 최근월 건강보험료 납부확인서</li> <li>- (건강보험료 확인이 불가한 경우) 소득을 증명할 수 있는 기타자료</li> </ul> </li> <li>* 예: 급여명세서, 근로소득 원천징수부, 연금명세서 등</li> <li>** 출산 육아휴직시, 소속직장에서 휴직기간 여부를 증빙하는 서류</li> </ul> </li> <li>③ 가구원수 확인 자료 : 주민등록등본, 가족관계증명서 등</li> <li>* ①~③의 경우 전자정부법에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 제출 생략(가족관계 증명서 제외)</li> <li>■ (다자녀 가구 해당시) 가족관계증명서 1부</li> <li>* 다만, 주민등록등본상 다자녀 확인되는 경우 제외 가능</li> <li>■ (주민등록등본상 가족관계입증 곤란시) 가족관계증명서 1부</li> <li>■ (조제분유 신청) 산모의 사망을 증명할 수 있는 가족관계증명서, 산모의 질병 등을 증명하는 의사진단서(소견서)*, 아동복지시설 등 아동임을 확인할 수 있는 증명서 등 1부</li> <li>* 민감한 개인정보에 해당하므로 접수 받은 보건소·주민센터에서 자체 보관 처리</li> <li>■ (부모 외 신청) 영아와의 관계를 증빙할 수 있는 서류 1부</li> <li>- 가정위탁보호확인서, 시설아동증빙서류, 후견인 증명서 등</li> <li>■ 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서 1부</li> </ul> |
| 주민센터<br>또는<br>보건소 담당자<br>확인 | <p>※ 아래 서류 중 보유 자격 관련 증명서 또는 확인서 1부 확인(행복e음)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 국민기초생활보장수급자 증명서 1부</li> <li>■ 차상위 본인부담경감대상자 증명서 1부</li> <li>■ 자활근로참여확인서 1부</li> <li>■ 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 대상자 확인서 1부</li> <li>■ 차상위계층 확인서 1부</li> <li>■ 한부모가족 증명서 1부</li> <li>■ 장애인 가구 확인을 위한 일반장애인등록증 1부</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### 5) 주민센터에서 신청 접수 시 처리방법

- 영아(0~24개월 미만) 양육 가구가 출생신고 등을 위해 주민센터 방문 시 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격이 확인될 경우 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업'의 지원 기준·내용 등 안내
  - \* 동 사업 신청·접수 담당자와 '행복출산 원스톱 서비스' 담당자가 다를 경우 동 사업에 대한 안내가 누락되지 않도록 담당자 간 긴밀한 협조체계 유지 필요
- 지원신청서(서식 1호) 상의 대상 영아 정보로 사회보장정보시스템(행복e음)에서 가구원 정보·자격 보유 여부 등을 조회·확인하고 관련 서비스 정보 등을 입력하여 저장 처리
  - \* 신청일 기준으로 지원금액이 결정되므로, 신청·접수 건이 누락되지 않고 실제 신청일이 시스템 상에 입력될 수 있도록 유의할 것
  - \*\* 별도 구비서류(조제분유 신청을 위한 의사진단서·가족관계증명서, 보유 자격과 관련하여 제출한 증명서 또는 확인서 등)가 있을 경우에는 스캔하여 등록
- 신청 사항에 대한 최종 지원결정은 관할 보건소에서 이루어지며, 보건소에서 대상 판정 후 그 결과를 개별 통지할 예정임을 반드시 안내
  - ※ 신청·접수 관련 문의 : 보건복지상담센터(129) 또는 보건소 사업담당자



### 주민센터 신청·접수 절차

| 처리 절차               | 업무 내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 지원대상자에게 사업개요 등 설명 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 영아의 주민등록번호(출생 후 24개월 미만 여부) 확인                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신청일 기준, 주민등록번호가 발급되어 있어야 함</li> </ul> </li> <li>• 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 개요 설명                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지원대상 : 기초생활보장수급자(생계·의료·주거·교육), 차상위계층(본인부담경감대상·자활·장애인·계층확인), 한부모가족(청소년한부모가족 포함), 기준중위소득 80% 이하의 장애인 가구, 기준중위소득 80% 이하의 다자녀(2인 이상) 가구</li> <li>- 지원내용 : (기저귀)월 9만원, (조제분유*)월 11만원                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>* “산모의 사망·질병, 아동복지시설 등 아동” 등으로 모유수유가 불가한 경우에 지원</li> <li>※ 관할 보건소에서 최종 대상판정(지원결정)하여 그 결과를 개별 통지할 예정임을 반드시 안내</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
| ② 신청서 접수            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 저소득층 기저귀·조제분유 지원 신청서(서식 1호 또는 서식4호) 접수</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ③ 대상자 정보 조회         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회보장정보시스템(행복e음)의 ‘신청관리 / 바우처 홈(읍면동)’에서 대상자 조회</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ④ 보유 자격 등 조회·입력     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ‘신청관리 / 바우처 홈(읍면동) / 서비스 찾기(Popup)’에서 대상 영아·신청인 등의 보유 자격 조회·확인 후 지원 서비스목록에서 ‘기저귀·조제분유 지원’ 선택</li> <li>• ‘신청관리 / 바우처 홈(읍면동) / 서비스 찾기(Popup) / 바우처 신청 (Popup)’에서 대상자, 서비스 정보, 지원유형 등을 확인하여 입력</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ⑤ 별도 구비서류 등록        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 별도 구비서류(조제분유 신청을 위한 의사진단서·가족관계증명서, 보유 자격 증명서·확인서, 국민행복카드 TM 신청서 등)가 있을 경우에는 스캔하여 등록</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ⑥ 접수 사항 저장          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 조회·입력사항 ‘저장’ 처리 후 종료</li> <li>- ‘신청접수’ 처리 후 신청 정보 변경 시 보건소 담당자가 대상자 결정처리에서 ‘접수반려’ 하여 재처리</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 다. 바우처 지원 결정

### 1) 지원 적합여부 판정 방법

#### 가) 기저귀 지원 대상

- 영아 본인 또는 영아의 부 또는 모(바우처 실사용자)\*의 기초생활보장, 차상위 계층, 한부모가족 자격 보유 시 '적합' 판정

\* 사실혼 관계 포함

- 한부모가족지원법 제5조의2에 따른 조손가족의 경우도 포함
- (교육급여) 신청일 기준으로 대상 영아와 주민등록을 같이 하는 영아의 형제·자매 중 교육급여 수급 자격을 보유한 형제·자매가 있을 경우, 대상 영아 기준으로 지원 가능
- (차상위 본인부담경감대상) 신청일 기준으로 대상 영아와 주민등록을 같이 하는 영아의 형제·자매 중 차상위 본인부담경감대상 수급 자격을 보유한 형제·자매가 있을 경우, 대상 영아 기준으로 지원 가능

#### ◆ 참고사항

아동복지시설·공동생활가정·가정위탁보호·입양대상 아동의 경우, 보장시설 또는 일반수급자로서 국민기초생활보장법 상 생계·의료급여 수급자에 해당하므로 본 사업의 기저귀 및 조제분유 동시 지원대상자임

- 학대·유기 등으로 시설에 입소한 아동은 우선 지원, 증명서 제출 등 사후 보완 조치 필요
- 다만, 시설 입소 아동 대상 타 후원사업과 중복 지원이 되지 않도록 본 사업 신청 필요 (기저귀 지원 없이 조제분유만 지원 불가)

- 영아 본인 또는 영아의 부 또는 모가 일반장애인으로 등록되어 있고, 기준중위 소득 80% 이하에 해당하는 경우 '적합' 판정
- 2인 이상의 자녀를 둔 가구로서 기준중위소득 80% 이하에 해당하는 경우 '적합' 판정, 영아별로 지원 가능  
(예) 둘째 자녀에 대한 서비스 신청일 기준, 첫째 아이가 만2세 미만인 경우 첫째 아이에 대해서도 바우처 지원

◎ “기준중위소득 80% 이하” 판정 기준

- 신청 가정의 가구원 수와 소득을 종합하여 판정
- 가구원 수는 아래를 참고하여 산정하되, 신청일을 기준으로 산정
- 소득은 건강보험료 본인부담금을 기준으로 확인

가구원 수 포함 대상

- ① 출생아(영아)
- ② 영아의 부모(이하 “부모”, 사실상 혼인관계에 있는 경우 그 두 당사자를 포함)
- ③ 부모의 자녀로서 직장 및 지역가입자가 아닌 자(별도의 건강보험료 납부하는 자녀는 제외)
  - \* 단, 부모의 이혼으로 영아의 형제·자매가 이혼한 다른 부(조부·모 등 포함) 또는 모(외 조부·모 등 포함)와 주민등록이 되어 있는 경우 가구원에서 제외
- ④ 부모 중 일방 또는 전부와 주민등록 상 동일 거주지에 소재하고, 건강보험 상 같은 직장가입자의 피부양자 또는 지역가입자의 세대원으로 등록되어 있는 직계존·비속 (단, 별도의 건강보험료를 직장가입자 또는 지역가입자의 세대주로서 납부하는 직계존속 및 그 직계존속의 피부양자(세대원)로 등록되어 있는 배우자는 주민등록상 주소지가 부모와 동일한 경우라 하더라도 가구원수에서 산정하지 않음)
  - \* 단, 가구원수 포함대상 중 직계존속(영아의 조부·모)은 동일 주민등록·건강보험 등재자라도 해외장기체류로 확인된 가족은 가구원 수에서 제외

- 신청 가구별 건강보험료 본인부담금은 다음 기준에 따라 산출

건강보험료 본인부담금 산출 방법

- 부부 중 한명이 직장 가입자이고, 배우자는 그 피부양자로 등록된 경우: 가입자의 보험료 적용
- 부부가 동일한 건강보험증번호를 가진 지역가입자인 경우: 동일세대로 부과된 보험료만 적용
- 부부가 각각 직장 또는 건강보험증번호가 다르게 부과되는 지역가입자로 등록되어 있는 경우: 부부 보험료 합산
  - \* 맞벌이부부(지역가입자의 경우 부부 각각의 사업자등록증명원 제출)는 건강보험료가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 합산
- 부부 중 1인(A)은 직장 또는 지역가입자로 등재되고, 다른1인(B)은 배우자(A)가 아닌 다른 직장가입자(C)의 피부양자로 등록되어 있는 경우: (A)와 (C)의 보험료 합산
- 부부가 다른 직장가입자의 피부양자 또는 지역가입자의 세대원으로 함께 등록되어 있는 경우: 해당 직장가입자 또는 지역가입자의 세대주의 보험료 적용
- 부부가 각각, 서로 다른 직장가입자의 피부양자 또는 지역가입자의 세대원으로 등록된 경우: 각각의 부부가 피부양자 또는 세대원으로 등재되어 고지되고 있는 서로 다른 직장가입자 또는 지역가입자의 보험료 합산

### 건강보험료 적용 유의사항

#### ① 건강보험료 산출 방법

- (원칙) 신청일을 기준으로 행복e음 시스템을 통해 확인되는 최근월 건강보험료 본인부담금 부과액을 확인
  - \* 매월 건강보험료가 변동되는 군인(군무원) 등의 경우에도 최근월 건강보험료 본인부담금 부과금액으로 산정
- (예외) 건강보험료 부과액이 확인되지 않는 경우 또는 건강보험료에 이의를 제기할 경우
  - 서비스 대상 가구의 건강보험료 영수증이나 납부확인서, 급여 명세서 등을 토대로 최근 소득액에 건강보험료 본인부담률(3.545%) 적용하여 산출
  - \* 필요시, 신청자가 건강보험료 관련 소명자료 제출
  - \*\* 실제소득 증빙자료는 월급명세서, 근로소득원천징수부, 연금지급명세서, 세금신고자료 등 소득이 기재된 자료로 확인

#### ② 건강보험료 연말 정산 등으로 보험료 조정분(추가고지 및 환급 모두 해당)이 고지된 경우에는 정상월분 건강보험료를 기준으로 산정

- \* 예) 직장가입자의 경우 정산보험료가 합산되는 4월분 보험료에 대해서는 3월분 건강보험료 본인부담금을 기준으로 적용

#### ③ 부부 중 한명이 국가유공자로서 의료급여 대상자가 아니면서 건강보험가입의무자가 아닌 경우 최근월분 소득금액에 건강보험료 본인부담률을 적용하여 보험료 합산

- \* 단, 연금을 지급받는 자 외에 다른 한쪽 배우자가 별도로 건강보험에 가입되어있는 경우는 해당 건강보험료 합산

#### ④ 건강보험 자격정지(상실)된 경우에는 자격을 회복하고, 건강보험 급여가 정지된 경우에는 급여정지를 해제(보험료 납부 조치)한 후 고지된 보험료 금액을 기준으로 대상자 선정

#### ⑤ 산모 또는 배우자가 휴직한 경우

- 직장가입자가 휴직한 경우 '휴직증명서\*'를 제출하도록 하고 유급·무급 휴직에 의한 변경된 소득기준(건강보험료)으로 적격여부 판정
  - \* 휴직여부 및 휴직기간을 확인할 수 있는 공문서로 대체 가능
  - \* (휴직기간 동안 재신청) 최초 신청 시 제출한 휴직증명서로 갈음할 수 있음. 다만, 유급 휴직자의 경우 신청일 기준 최근월 급여명세서 징구 필요

| 휴직기간   | 추가서류 제출 | 급여여부 | 판단기준                        |
|--------|---------|------|-----------------------------|
| 1개월 미만 | -       | -    | 휴직 직전의 건강보험료로 판단            |
| 1개월 이상 | 휴직증명서   | 무급   | "소득 없음" 판정                  |
|        |         | 유급   | 신청일 기준 최근월 급여액×건강보험료 본인 부담률 |

\* 휴직수당은 무급으로 처리

〈휴직 기간이 1개월(30일) 미만인 경우〉

- 휴직 직전 월 건강보험료 본인부담금 부과액 확인
- \* 직장가입자의 휴직기간 건강보험료는 복직 후 최장 10개월 범위 내에서 분할납부하므로 복직 후 건강보험료는 현재 보수월액의 본인부담률로 지원자격 여부를 판정할 것(휴직기간중 건강보험료를 분할 납부하는 경우 동 보험료는 미산정)

〈휴직 기간이 1개월(30일) 이상인 경우〉

- 무급휴직자 : 휴직기간 동안 소득이 없는 것으로 처리
- 유급휴직자 : 급여명세서상의 신청일 기준 최근월 급여액에 건강보험료 본인 부담률(3.545%)을 곱하여 산정된 금액으로 지원 자격 여부 결정
- \* 보수월액 : 근로의 대가로 받은 봉급, 급료, 보수, 세비(歲費), 임금, 상여, 수당
- \* 보수월액에 포함되지 않는 경우 : 퇴직금, 현상금, 번역료 및 원고료, 육아휴직 수당, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」에 따라 받는 보훈급여금·학습 보조비 등 소득세법 제12조에 따른 비과세 근로소득

– 임의계속 가입자는 직장가입자로 산정

- \* 「국민건강보험법」 제110조(실업자에 대한 특례) ① 사용관계가 끝난 직장가입자 중 보건복지 부령으로 정하는 사람은 지역가입자가 된 이후 최초로 제79조에 따라 지역가입자 보험료를 고지받은 날부터 그 납부기한에서 2개월이 지나기 이전까지 공단에 직장가입자로서의 자격을 유지할 것을 신청할 수 있다.

⑥ 미혼 자녀가 가구원이 아닌 다른 사람의 피부양자로 등재되어 있는 경우

- 해당 미혼 자녀의 보험료는 '0원'인 것으로 산출

- 다음의 건강보험료 산정기준표에 따라 신청가구의 최근 건강보험료 본인부담금이 해당가구원수 별 기준금액 이하일 때 '적합' 판정

【2024년 건강보험료 본인부담금에 의한 기준중위소득 80% 판정기준】

(단위: 원)

| 가구원수 | 소득기준<br>(80%) | 건강보험료 본인부담금 |         |         |
|------|---------------|-------------|---------|---------|
|      |               | 직장가입자       | 지역가입자   | 혼합      |
| 2인   | 2,947,000     | 104,866     | 38,455  | 105,889 |
| 3인   | 3,772,000     | 134,671     | 80,190  | 135,906 |
| 4인   | 4,584,000     | 163,987     | 118,770 | 165,995 |
| 5인   | 5,357,000     | 191,507     | 140,849 | 194,124 |
| 6인   | 6,095,000     | 217,374     | 170,355 | 220,815 |
| 7인   | 6,812,000     | 243,098     | 200,356 | 247,170 |
| 8인   | 7,530,000     | 271,291     | 233,543 | 277,236 |
| 9인   | 8,247,000     | 296,718     | 262,392 | 304,986 |
| 10인  | 8,964,000     | 324,452     | 291,356 | 336,105 |

\* 노인장기요양보험료 미포함 금액

### 가입유형별 건강보험료 산정 방법

- 직장가입자 건강보험료 = 최근소득액×3.545%('23년 본인부담보험료율)
- 가구 내 직장가입자가 2인 이상일 경우 : 각각의 보험료를 합산
- 가구 내 직장가입자와 지역가입자가 혼합되어 있는 경우 직장가입자의 보험료와 지역가입자의 보험료를 합산(직장가입자의 소득자료를 제출받은 경우는 소득을 보험료로 환산하여 지역가입자 보험료와 합산)
- 맞벌이 부부 가구인 경우에는 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자의 보험료를 50% 경감하여 합산

#### 나) 조제분유 지원대상

- 기저귀 지원 대상자로 결정된 신청인 중 산모의 사망·특정 질병 해당 여부, 아동복지시설 등 아동 여부, 산모의 의식불명 여부 등을 확인하여 기저귀 지원 대상 자격에 조제분유 지원대상 자격 추가 부여

#### 2) 바우처 지원 결정

##### 가) 지원 결정 처리

- 시·군·구 담당자는 ‘행복e음’을 통해 대상 영아 또는 신청인 등의 보유 자격을 조회·확인 또는 소득기준 해당 여부 등을 확인하여 지원대상자로 결정 처리

| 행복e음 상 확인되는 자격 |                                              |
|----------------|----------------------------------------------|
| 기초생활보장         | 기초생계급여<br>기초의료급여<br>기초주거급여<br>기초교육급여         |
| 차상위계층          | 차상위본인부담경감대상자<br>차상위자활<br>차상위장애인<br>차상위계층확인   |
| 한부모가족          | 모자가족<br>부자가족<br>조순가족<br>청소년한부모모자<br>청소년한부모부자 |
| 장애인 가구         | 일반장애인                                        |

- ‘행복e음’ 상 보유 자격 미확인 시, 신청인에게 관련 증명서 또는 확인서 제출 요청하여 확인 필요
  - \* 행정정보 공동이용을 통해 주민등록등본상 다자녀(2인 이상) 가구 해당여부 확인이 어려운 경우 가족관계증명서 별도 제출 요청
- 신청서·보유 자격 등 확인내역을 사회보장정보시스템(행복e음)에 입력, 전송
  - \* 예외지원(지자체 자체사업)의 경우, 판정결정등록 시 ‘시군구인장’으로 입력 후 전송

#### 나) 지원 결정 통지

- 시·군·구 담당자는 신청 접수일로부터 14일 이내에 지원 대상자 여부를 결정하여 신청인에게 결정통지문 및 이용자 안내문을 우편물발송, 이메일, SMS 중 택일하여 결과 통보
  - \* 신청시 구비서류 확인으로 지원 결정이 가능한 경우 당일 통보 가능
- 결정통지문은 사회보장정보시스템(행복e음)을 통해 출력 활용
  - ☞ [서식 5호] 사회보장급여 결정(적합) 통지서
  - ☞ [서식 6호] 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 이용 안내문
  - ☞ [서식 7호] 저소득층 기저귀·조제분유 온라인 쇼핑몰 결제방법 안내

#### 다) 지원시점

- 신청일 기준으로 지원금액 및 기간 산정, 지원된 바우처는 결정 통지 후 익일 부터 지원기간 동안 사용 가능
  - \* 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원  
(예시) 영아 출생일이 '23.12.30.', 신청일이 '24.2.1.', 결정통지일이 '24.2.5.'인 경우, 신청일 기준으로 24개월분이 지급되며, 결정통지일의 다음날인 '24.2.6.'부터 24개월 동안('26.2.5.'까지) 사용 가능

#### 라) 지원유형 변경(조제분유 추가 지원)

- 조제분유 추가 지원 시, 관할 보건소 또는 주민센터에 ‘사회보장급여(사회서비스 이용권) 신청(변경)서’를 제출하여야 함
  - 추가 신청 당시 영아의 주소지가 변경된 경우, 현재 시점의 지역에서 조제분유 지원

- 변경된 지원유형은 변경 결정 통지 후 익일부터 적용(바우처 생성)되며, 지원 기간 종료일은 기 신청한 기저귀 바우처 종료일과 동일함
  - 기 생성된 바우처에 대한 소급적용 및 기 이용한 바우처에 대한 환수조치 없음

### 3) 이의신청

#### 가) 신청개요

- 근거 : 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조 및 같은 법률 시행령 제10조를 준용
- 신청권자 : 서비스 신청권자와 동일
- 이의신청 기한 : 이용자 선정 결과 또는 지원 중지 등을 통보 받은 날로부터 20일 이내(사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시)
  - \* 단축 고지 사유 : 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 바우처 유효기간은 '지원대상 판정일로부터 24개월 이내'로 이의신청 지연으로 인한 유효기간 경과 예방
- 이의신청 방법 : 이의신청서를 작성하여 관할 보건소에 제출
  - ☞ [서식 8호] 이의신청서

#### 나) 이의신청 처리

- 이의신청 접수 : 시·군·구 담당공무원이 이의신청 접수
- 이의신청 검토 : 이의신청 내용의 타당성 등 검토
  - 시·군·구청장은 검토 결과 처분이 위법·부당하다고 인정되는 때에는 시정, 그 밖에 필요한 조치를 이행하여야 함
- 결과 통보 : 접수일로부터 15일 이내(사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시)에 검토 결과 및 사유를 신청인에게 서면으로 통보



#### 4) 자격관리(자격변동 등 확인)

- 시·군·구 담당공무원은 자격변동 사유에 따라 지원대상자에 대한 자격관리 실시
- 기본 지원대상자(가, 나, 다 유형)의 전출입이 있는 경우 행복e음에 입력된 대상자별 전산 자료는 별도의 전송절차 없이 전출지에서 전입지로 자동 이관됨  
\* 대상자 전출시 서비스 중지처리하지 않도록 주의(서비스 중지시 바우처 소멸됨)
- 전출입 시 이미 지급된 3개월분의 바우처는 전출 시·군·구에서 부담하고, 잔여 지원기간에 해당하는 바우처는 전입 시·군·구에서 부담함
- 예외 지원대상자가 해당 시·군·구에서 전출할 경우 자동으로 자격이 중지됨
- 대상자가 지원대상 요건에 부합하지 않아 시·군·구가 행복e음을 통해 대상자의 자격을 중지하는 경우 중지사유에 따라 바우처 사용이 제한됨

| 중지사유별 바우처 자격관리(행복e음) |                                                       |                        |               |
|----------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| 중지사유                 | 요건                                                    | 관리사항                   | 자격변동 적용시점     |
| 본인포기                 | 이용자의 급여 중지 요청                                         | 자격중지<br>(잔액 결제 불가)     | 변경 결정 익일부터    |
| 영아사망                 | 지원대상 영아의 사망 확인                                        | 자격자동중지<br>(잔액 결제 불가)   | 변경 결정 익일부터    |
| 자격종료                 | 대상자의 수급자격 종료<br>(지원기간 종료)                             | 자격자동중지<br>(잔액 결제 불가)   | 지원기간 종료일 익일부터 |
| 부정수급                 | 적발 확인 시                                               | 관련법 또는 사업지침에<br>따라 조치* | 변경 결정 익일부터    |
| 신청 당시<br>보유자격 상실     | 연 2회 확인조사 결과<br>차상위 등 자격상실 또는<br>소득기준 초과로<br>부적합 판정 시 | 자격중지<br>(잔액 결제 불가)     | 변경 결정 익일부터    |
| 장기 해외체류              | 대상자(영아) 기준<br>최근 6개월간<br>통산 90일 초과 해외체류               | 자격중지<br>(잔액 결제 불가)     | 변경 결정 익일부터    |

\* 속임수 등의 부정한 방법으로 사회보장급여를 받거나 타인으로 하여금 사회보장급여를 받게 한 경우(예. 지원된 바우처로 구매한 기저귀·조제분유 등의 지원물품을 제3자에게 판매하여 대가 취득), 수급자격이 취소되며 잔여 지원기간 동안 재신청이 불가함. 또한, 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조 제1항에 따라 지원금 환수 등의 조치 및 동법 제54조 제3항의 벌칙 적용 가능

\* 타인의 바우처 카드를 강취·횡령하거나, 타인을 기망·공갈하여 취득한 바우처 카드를 사용하는 경우 등 카드에 관한 위반사항은 「여신전문금융업법」에 따라 처벌 가능

### 3 • 이용권(국민행복카드) 지급 및 이용

#### 가. 지원기간 및 금액

##### 1) 지원기간

가) 만 2세 미만 영아(0~24개월)에 대해 최대 24개월 동안 지원

- 영아 출생 후 만 2년이 되는 날의 전날까지 신청 시, 신청일 기준으로 지원  
- 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원

##### 2) 지원대상별 지원금액

| 지원 내용                    | 지원유형 | 지원금액(원)        | 비 고                        |
|--------------------------|------|----------------|----------------------------|
| 기저귀 지원                   | 가유형  | <u>90,000</u>  | 예외지원 <sup>2)</sup> 라유형과 동일 |
| 기저귀 + 조제분유 지원            | 나유형  | <u>200,000</u> | 예외지원 마유형과 동일               |
| 조제분유 추가 지원 <sup>1)</sup> | 다유형  | <u>110,000</u> | 예외지원 바유형과 동일               |

1) 기저귀 지원대상자 중 조제분유 추가 지원신청 시

2) 행복e음 시스템을 통해 지자체가 자체(예산)사업으로 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 외 지원대상자에 대해서도 지원하는 경우의 지원유형

### 3) 지원기간 및 지원내용별 지원금액 산정(표)

가) 기저귀 지원 (가·라 유형) - 영아 1인당 월 90천원 지원

【신청일에 따른 기저귀 지원금액】

| 신 청 일                                 | 총 지원금액 (천원)     |
|---------------------------------------|-----------------|
| 출생일 ~ 출생일 기준 60일(출생일 포함)째 날           | 90천원×24개월=2,160 |
| 출생일 기준 61일째 날 ~ 출생일 기준 3개월 째 날의 전날    | 90천원×22개월=1,980 |
| 출생일 기준 3개월 째 날 ~ 출생일 기준 4개월 째 날의 전날   | 90천원×21개월=1,890 |
| 출생일 기준 4개월 째 날 ~ 출생일 기준 5개월 째 날의 전날   | 90천원×20개월=1,800 |
| 출생일 기준 5개월 째 날 ~ 출생일 기준 6개월 째 날의 전날   | 90천원×19개월=1,710 |
| 출생일 기준 6개월 째 날 ~ 출생일 기준 7개월 째 날의 전날   | 90천원×18개월=1,620 |
| 출생일 기준 7개월 째 날 ~ 출생일 기준 8개월 째 날의 전날   | 90천원×17개월=1,530 |
| 출생일 기준 8개월 째 날 ~ 출생일 기준 9개월 째 날의 전날   | 90천원×16개월=1,440 |
| 출생일 기준 9개월 째 날 ~ 출생일 기준 10개월 째 날의 전날  | 90천원×15개월=1,350 |
| 출생일 기준 10개월 째 날 ~ 출생일 기준 11개월 째 날의 전날 | 90천원×14개월=1,260 |
| 출생일 기준 11개월 째 날 ~ 출생일 기준 12개월 째 날의 전날 | 90천원×13개월=1,170 |
| 출생일 기준 12개월 째 날 ~ 출생일 기준 13개월 째 날의 전날 | 90천원×12개월=1,080 |
| 출생일 기준 13개월 째 날 ~ 출생일 기준 14개월 째 날의 전날 | 90천원×11개월=990   |
| 출생일 기준 14개월 째 날 ~ 출생일 기준 15개월 째 날의 전날 | 90천원×10개월=900   |
| 출생일 기준 15개월 째 날 ~ 출생일 기준 16개월 째 날의 전날 | 90천원×9개월=810    |
| 출생일 기준 16개월 째 날 ~ 출생일 기준 17개월 째 날의 전날 | 90천원×8개월=720    |
| 출생일 기준 17개월 째 날 ~ 출생일 기준 18개월 째 날의 전날 | 90천원×7개월=630    |
| 출생일 기준 18개월 째 날 ~ 출생일 기준 19개월 째 날의 전날 | 90천원×6개월=540    |
| 출생일 기준 19개월 째 날 ~ 출생일 기준 20개월 째 날의 전날 | 90천원×5개월=450    |
| 출생일 기준 20개월 째 날 ~ 출생일 기준 21개월 째 날의 전날 | 90천원×4개월=360    |
| 출생일 기준 21개월 째 날 ~ 출생일 기준 22개월 째 날의 전날 | 90천원×3개월=270    |
| 출생일 기준 22개월 째 날 ~ 출생일 기준 23개월 째 날의 전날 | 90천원×2개월=180    |
| 출생일 기준 23개월 째 날 ~ 출생일 기준 24개월 째 날의 전날 | 90천원×1개월=90     |

나) 기저귀 + 조제분유 지원 (나·마 유형) - 영아 1인당 월 200천원 지원

【 신청일에 따른 기저귀·조제분유 지원금액 】

| 신 청 일                                 | 총 지원금액 (천원)      |
|---------------------------------------|------------------|
| 출생일 ~ 출생일 기준 60일(출생일 포함)째 날           | 200천원×24개월=4,800 |
| 출생일 기준 61일째 날 ~ 출생일 기준 3개월 째 날의 전날    | 200천원×22개월=4,400 |
| 출생일 기준 3개월 째 날 ~ 출생일 기준 4개월 째 날의 전날   | 200천원×21개월=4,200 |
| 출생일 기준 4개월 째 날 ~ 출생일 기준 5개월 째 날의 전날   | 200천원×20개월=4,000 |
| 출생일 기준 5개월 째 날 ~ 출생일 기준 6개월 째 날의 전날   | 200천원×19개월=3,800 |
| 출생일 기준 6개월 째 날 ~ 출생일 기준 7개월 째 날의 전날   | 200천원×18개월=3,600 |
| 출생일 기준 7개월 째 날 ~ 출생일 기준 8개월 째 날의 전날   | 200천원×17개월=3,400 |
| 출생일 기준 8개월 째 날 ~ 출생일 기준 9개월 째 날의 전날   | 200천원×16개월=3,200 |
| 출생일 기준 9개월 째 날 ~ 출생일 기준 10개월 째 날의 전날  | 200천원×15개월=3,000 |
| 출생일 기준 10개월 째 날 ~ 출생일 기준 11개월 째 날의 전날 | 200천원×14개월=2,800 |
| 출생일 기준 11개월 째 날 ~ 출생일 기준 12개월 째 날의 전날 | 200천원×13개월=2,600 |
| 출생일 기준 12개월 째 날 ~ 출생일 기준 13개월 째 날의 전날 | 200천원×12개월=2,400 |
| 출생일 기준 13개월 째 날 ~ 출생일 기준 14개월 째 날의 전날 | 200천원×11개월=2,200 |
| 출생일 기준 14개월 째 날 ~ 출생일 기준 15개월 째 날의 전날 | 200천원×10개월=2,000 |
| 출생일 기준 15개월 째 날 ~ 출생일 기준 16개월 째 날의 전날 | 200천원×9개월=1,800  |
| 출생일 기준 16개월 째 날 ~ 출생일 기준 17개월 째 날의 전날 | 200천원×8개월=1,600  |
| 출생일 기준 17개월 째 날 ~ 출생일 기준 18개월 째 날의 전날 | 200천원×7개월=1,400  |
| 출생일 기준 18개월 째 날 ~ 출생일 기준 19개월 째 날의 전날 | 200천원×6개월=1,200  |
| 출생일 기준 19개월 째 날 ~ 출생일 기준 20개월 째 날의 전날 | 200천원×5개월=1,000  |
| 출생일 기준 20개월 째 날 ~ 출생일 기준 21개월 째 날의 전날 | 200천원×4개월=800    |
| 출생일 기준 21개월 째 날 ~ 출생일 기준 22개월 째 날의 전날 | 200천원×3개월=600    |
| 출생일 기준 22개월 째 날 ~ 출생일 기준 23개월 째 날의 전날 | 200천원×2개월=400    |
| 출생일 기준 23개월 째 날 ~ 출생일 기준 24개월 째 날의 전날 | 200천원×1개월=200    |

다) 조제분유 추가 지원 (다·바 유형) - 기저귀 지원대상자에 대해 기저귀 외 조제  
분유 지원 결정일 기준 기저귀 잔여 개월수 × 월 110천원 추가 지원

【 잔여기간에 따른 조제분유 지원금액 】

| 신 청 일                                 | 추가 지원금액 (천원)     |
|---------------------------------------|------------------|
| 출생일 ~ 출생일 기준 60일(출생일 포함)째 날           | 110천원×24개월=2,640 |
| 출생일 기준 61일째 날 ~ 출생일 기준 3개월 째 날의 전날    | 110천원×22개월=2,420 |
| 출생일 기준 3개월 째 날 ~ 출생일 기준 4개월 째 날의 전날   | 110천원×21개월=2,310 |
| 출생일 기준 4개월 째 날 ~ 출생일 기준 5개월 째 날의 전날   | 110천원×20개월=2,200 |
| 출생일 기준 5개월 째 날 ~ 출생일 기준 6개월 째 날의 전날   | 110천원×19개월=2,090 |
| 출생일 기준 6개월 째 날 ~ 출생일 기준 7개월 째 날의 전날   | 110천원×18개월=1,980 |
| 출생일 기준 7개월 째 날 ~ 출생일 기준 8개월 째 날의 전날   | 110천원×17개월=1,870 |
| 출생일 기준 8개월 째 날 ~ 출생일 기준 9개월 째 날의 전날   | 110천원×16개월=1,760 |
| 출생일 기준 9개월 째 날 ~ 출생일 기준 10개월 째 날의 전날  | 110천원×15개월=1,650 |
| 출생일 기준 10개월 째 날 ~ 출생일 기준 11개월 째 날의 전날 | 110천원×14개월=1,540 |
| 출생일 기준 11개월 째 날 ~ 출생일 기준 12개월 째 날의 전날 | 110천원×13개월=1,430 |
| 출생일 기준 12개월 째 날 ~ 출생일 기준 13개월 째 날의 전날 | 110천원×12개월=1,320 |
| 출생일 기준 13개월 째 날 ~ 출생일 기준 14개월 째 날의 전날 | 110천원×11개월=1,210 |
| 출생일 기준 14개월 째 날 ~ 출생일 기준 15개월 째 날의 전날 | 110천원×10개월=1,100 |
| 출생일 기준 15개월 째 날 ~ 출생일 기준 16개월 째 날의 전날 | 110천원×9개월=990    |
| 출생일 기준 16개월 째 날 ~ 출생일 기준 17개월 째 날의 전날 | 110천원×8개월=880    |
| 출생일 기준 17개월 째 날 ~ 출생일 기준 18개월 째 날의 전날 | 110천원×7개월=770    |
| 출생일 기준 18개월 째 날 ~ 출생일 기준 19개월 째 날의 전날 | 110천원×6개월=660    |
| 출생일 기준 19개월 째 날 ~ 출생일 기준 20개월 째 날의 전날 | 110천원×5개월=550    |
| 출생일 기준 20개월 째 날 ~ 출생일 기준 21개월 째 날의 전날 | 110천원×4개월=440    |
| 출생일 기준 21개월 째 날 ~ 출생일 기준 22개월 째 날의 전날 | 110천원×3개월=330    |
| 출생일 기준 22개월 째 날 ~ 출생일 기준 23개월 째 날의 전날 | 110천원×2개월=220    |
| 출생일 기준 23개월 째 날 ~ 출생일 기준 24개월 째 날의 전날 | 110천원×1개월=110    |

## 나. 바우처 지급(생성)

### 1) 바우처 지급방식

- (시기) 지원대상으로 결정 통보된 날의 익일부터 3개월 단위로 바우처 지급
  - \* 지원기간이 4개월 이상인 경우 첫 바우처 지급일로부터 3개월 후 다음 3개월분 바우처 지급

【 지원기간에 따른 바우처 지급 시기 】

| 지원기간 | 바우처 지급 시기          |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
|------|--------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|      | 1회차                | 2회차                      | 3회차                      | 4회차                       | 5회차                       | 6회차                       | 7회차                       | 8회차                       |
| 24개월 | 결정<br>통보된<br>날의 익일 | 1회차<br>지급 후<br>4개월째<br>날 | 1회차<br>지급 후<br>7개월째<br>날 | 1회차<br>지급 후<br>10개월째<br>날 | 1회차<br>지급 후<br>13개월째<br>날 | 1회차<br>지급 후<br>16개월째<br>날 | 1회차<br>지급 후<br>19개월째<br>날 | 1회차<br>지급 후<br>22개월째<br>날 |
| 22개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 21개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 20개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 19개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 18개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 17개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 16개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 15개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 14개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 13개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 12개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 11개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 10개월 |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 9개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 8개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 7개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 6개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 5개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 4개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 3개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 2개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |
| 1개월  |                    |                          |                          |                           |                           |                           |                           |                           |

- (생성금액) 대상자별 월지원액 × 3개월분 만큼 생성되며, 다음 바우처 생성 전 미사용한 잔액은 지원기간 종료일까지 이월됨
  - \* 지원기간이 3개월 미만(1~2개월)인 대상자는 월지원액 × 지원기간 만큼만 바우처 생성
- (지원유형 변경 대상자) 첫 바우처는 지원유형 변경결정일로부터 다음 바우처 생성일까지 남은 개월수 × 조제분유 추가지원액 만큼을 결정 통보된 날의 익일부터 지급
  - 다음 바우처 생성은 기저귀 지원금과 합산하여 동일한 시기에 지급  
(예시) 기저귀 24개월 지원대상자(가유형)가 첫 바우처 지급일로부터 2개월째 월에 조제분유 추가 지원신청하여 결정 통보를 받은 경우,
    - ① 2개월(다음 생성일까지 남은 개월수) × 110천원(조제분유 추가지원액) 만큼을 결정 통보된 날의 익일부터 추가 지급하고, ② 다음 바우처 생성 시부터는 기저귀 및 조제분유 지원금 합산액을 3개월 단위로 지급

## 2) 바우처 이용기간 및 소멸시기

- (이용기간) 결정 통보된 날의 익일부터 대상자별 지원기간 종료일까지 자유롭게 사용 가능
  - \* 조제분유 추가 지원(지원유형 변경) 대상자의 조제분유 지원기간 종료일은 기 신청한 기저귀 바우처 종료일과 동일
- (소멸시기) 지원기간 종료일의 익일부터 바우처가 소멸되므로 이용기간 경과 시 사용 불가
  - \* 바우처 생성시(3개월)마다 및 지원기간 종료 1~2개월 전 바우처 잔액 등 문자안내서비스(SMS) 시행 중

## 3) 바우처 구매 가능한 물품 및 방식

- 시중에 구매 가능한(상용화된) 기저귀 및 조제분유(조제이유식 포함)
- 수혜자가 기저귀 지원만 받는 경우, 총 바우처 지원금액 내에서 기저귀 구매분에 한해 지원
- 수혜자가 기저귀 및 조제분유 2가지 항목을 모두 지원받는 경우, 총 바우처 지원금액 내에서 기저귀 또는 조제분유의 구별 없이 사용 가능  
(예시) 기저귀(월 90천원) 및 조제분유(월 110천원) 2가지 항목 모두 지원받아 총 바우처 지원금액이 월 200천원인 경우, 기저귀 70천원 및 조제분유 130천원 구매 가능

- 바우처 지원금액을 초과하여 구매(결제)하는 경우, 초과분은 이용자에게 직접 청구되므로 유의해야 함  
(예시) 기저귀 바우처 지원금액 1만원이 남은 사람이 3만원의 기저귀를 구매한 경우, 1만원은 정부가 지원하고 2만원은 본인이 부담
- 국민행복 전용카드 이용자는 바우처 지원금액에 한해 결제가 가능하며, 바우처 지원금액을 초과하여 구매하는 경우에는 현금 등으로 본인이 직접 비용을 부담하여야 함
- 개인이 신용불량 또는 연체 등의 경우에도 바우처 사용이 가능하도록 사회 서비스 전용 국민행복카드 발급 신청이 가능(적용 2016.11.30.)하므로 각 보건소는 서비스 대상자에게 사전 안내하도록 할 것

## 다. 바우처 이용방법

### 1) 기본 이용방법

- 정부지원금으로 결제가능한 유통점에서 취급하는 기저귀 또는 조제분유를 자유롭게 구매
- 기존 발급받은 BC·삼성·롯데·KB국민·신한 카드사 국민행복카드가 있는 경우, 추가 발급없이 해당 카드로 동 바우처 사용 가능
- 수혜자는 기저귀 또는 조제분유를 구매할 때 정부지원 바우처가 들어간 국민행복카드로 결제

### 2) 국민행복카드 신청·(재)발급 절차



- 국민행복카드 미발급자는 전담금융기관 영업점을 직접 방문하여 ‘국민행복카드’ 신청·발급



- \* BC카드사 전국 영업점 또는 제휴은행 지점(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한), 삼성·롯데·KB국민·신한카드사
- 또는 바우처 신청 시 ‘국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서’를 작성·제출하여 금융기관(카드사)의 카드발급상담전화(TM)를 통해 본인확인 후 국민행복카드 발급 가능
  - \* 체크카드 발급 등으로 계좌개설이 필요한 경우에는 전담금융기관 영업점에 직접 방문하여 신청하여야 함(결정통지서 지참 필요)
- 신청 시 등록한 ‘부모 또는 부모 외 신청권자’ 중 국민행복카드 기 발급자가 있을 경우 별도의 신청 절차 없이 이용 가능
- 성명, 주민번호 등 개인정보 변경 또는 카드훼손·분실 등으로 인한 카드 재발급 시 전담금융기관(카드사)을 통해 재발급
  - \* 분실한 경우 재발급 시까지 이용 불가, 분실사실 미신고 또는 신고지연으로 타인이 사용한 경우 차액만 지원

### 3) 국민행복카드 종류 및 신청처

- (카드종류) 신용카드, 체크카드 및 전용카드(계좌 미연계 체크카드)
  - \* 신용 또는 체크카드 발급을 기본으로 하고, 전용카드는 계좌개설이 어려운 경우(신용불량, 미성년자 등)에 한해 예외적으로 발급
- (카드신청 및 문의처)

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 국민행복카드 신청<br>(국민행복카드<br>발급사) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BC카드: IBK기업은행, NH농협, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 제주은행, 우체국, 하나은행, 신한은행</li> <li>- 삼성카드: 삼성카드사 전국 영업점 및 신세계·세이 백화점</li> <li>- 롯데카드: 롯데카드사 전국 영업점 및 롯데백화점</li> <li>- KB국민카드: KB국민카드사 전국 영업점 및 국민은행, 전북은행 전국 영업점</li> <li>- 신한카드: 신한카드사 전국 영업점 및 신한은행</li> </ul> |
| 카드발급 문의                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BC카드: 콜센터(1899-4651) 또는 각 국민행복카드 발급 은행 콜센터</li> <li>- 삼성카드: 콜센터(1566-3336)</li> <li>- 롯데카드: 콜센터(1899-4282)</li> <li>- KB국민카드: 콜센터(1599-7900)</li> <li>- 신한카드: 콜센터(1544-8868)</li> </ul>                                                                               |
| 제도 문의                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건복지상담센터: (국번없이)129</li> <li>- 한국사회보장정보원 콜센터: 1566-3232(단축 4번)</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |

## 4) 정부지원금 결제 가능 구매처

- 국민행복카드 발급사와 가맹계약을 체결한 유통점으로서, 기저귀 및 조제분유 등 정부지원 구매 품목의 별도 관리가 가능한 POS(결제시스템)를 운영하는 곳에 한해 가능

| 국민행복<br>카드사 | 구 매 처                             |                                                                                         |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|             | 온라인(인터넷)                          | 오프라인(마트)                                                                                |
| BC카드        | 지마켓, 옥션, 우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑, 우리WON마켓 | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프렌치<br>노브랜드, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,나들가게                       |
| 삼성카드        | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰                  | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드,GS25편의점,<br>GS더프렌치, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓, 세븐일레븐 |
| 롯데카드        | 띵샵                                | 롯데마트, 롯데백화점<br>홈플러스, 홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프렌치,<br>세븐일레븐                             |
| 국민카드        | 국민행복몰                             | GS25편의점                                                                                 |
| 신한카드        | 국민행복몰                             | GS25편의점                                                                                 |

- 이마트 에브리데이 및 롯데슈퍼 사용 불가
- 가까운 나들가게 지정점 현황은 '나들가게 홈페이지([www.nadle.kr](http://www.nadle.kr))→ 우리동네 나들가게→ 기저귀조제분유 바우처 점포'에서 확인 가능
- 우체국쇼핑몰 전화주문 가능(1588-1300)  
전화주문 이용시간 : 평일 오전9시~오후6시, 토요일 오전9시~오후1시(일요일 · 공휴일 휴무)

## 5) 구매 가능 품목(물품)

- 시중에 판매되고 있는 기저귀 및 조제분유(조제이유식 포함, 이하 동일)
  - \* 어린이제품 안전 특별법(기저귀), 축산물 위생관리법(조제분유), 식품위생법(조제식)에 따라 제조·유통 중인 물품
  - \*\* 즉 형태의 이유식(기타 영유아식) 등은 위 조제이유식에 포함되지 않아 결제 불가능
- 유통점에 비치되어 있지 않거나 비치되어 있더라도 바코드(Bar-code) 등으로 POS 등록관리가 불가능한 품목은 원천적으로 구매 불가능

- 유통점 별로 기저귀·조제분유 판매 품목, 가격 등이 서로 상이함에 유의
- 본 지침 외에 기저귀 및 조제분유 구매 절차에 대해서는 각 유통점의 원칙을 준용

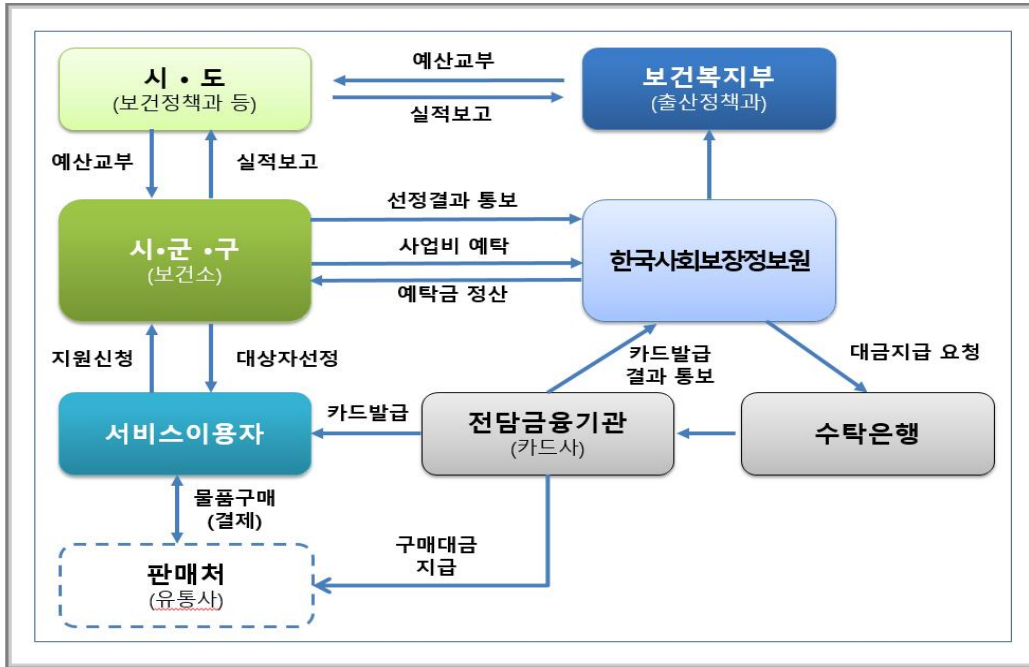
#### 6) 결제수단 및 방식

- 각 유통점 별로 운용 중인 결제단말기(POS 내 기능)로 기저귀 및 조제분유 등 정부지원 품목을 분리하여 청구가 가능하여야 함
- 기저귀 및 조제분유 구매 당시에 국민행복카드로 결제한 경우에 한해 정부 지원이 가능

## 4 사업비용 관리 및 정산

### 가. 개요

#### 1) 추진 체계(사업예산 흐름도)



#### 2) 사업연도

- 정부의 회계연도를 따름
- 자금의 출납은 카드사가 한국사회보장정보원에 청구한 날짜를 기준으로 처리 (매월 1회)

#### 3) 예산의 교부 및 사업비 예탁

- 보건복지부는 시·도에, 시·도는 관할 시·군·구에 보조금관리에 관한 법률 및 지방회계법에 따라 보조금을 교부

- 시·군·구(보건소)는 바우처 비용 지급을 위해 교부된 국비, 시·도비, 시·군·구비가 포함된 사업비를 한국사회보장정보원에 예탁  
\* 예탁근거 : 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제20조
- (예산확정 후 즉시 예탁) 예산확정 후 1차분을 즉시 예탁하되 특별한 사정이 없는 한 매년 1월 31일까지 사업비를 예탁
- 1차분 예탁 후에는 국비 및 시·도비 교부 시기, 바우처 비용 지급 일정에 따른 예탁 마감일을 감안하여 예탁금이 부족하지 않도록 적기에 예탁

#### 4) 예탁업무 처리방법

##### 【 이해관계자별 예산집행 관련 업무사항 】

| 이해관계자                  | 업무 내용                                                                                                      |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 이 용 자                  | 서비스 및 바우처 카드 발급 신청                                                                                         |
| 구 매 처                  | 서비스 비용 청구 및 수령                                                                                             |
| 지방자치단체                 | 내역사업별 예산 편성, 사업집행계획 수립 및 추진현황 관리<br>사업비(국고보조금+지방비) 예탁 및 예산의 범위 내에서 사업이 집행될 수 있도록 자구 노력                     |
| 보건복지부                  | 지자체별 예산 배분액 총액 결정<br>내역사업별 예산 편성 가이드라인 마련<br>국고보조금 교부, 한국사회보장정보원에 업무 위탁 및 관리·감독                            |
| 한국사회보장정보원              | 바우처 생성·이용내역 관리, 예탁금 정산, 예탁금 입출금 계좌관리<br>카드사에 서비스 비용 지급·환수 등                                                |
| 국민행복카드<br>발급사<br>(카드사) | 서비스 대상자에 대한 바우처 카드 발급<br>유통점에 대한 물품비용 지급<br>※ 유통점(가맹점)과 국민행복카드 발급사 간 가맹점 계약에 따라 카드전표 매입 후 3~4영업일 내에 대부분 지급 |

- 한국사회보장정보원의 카드대금 지급 시점에 해당 지자체의 예탁금액이 부족할 경우 카드사에 대한 비용 지급이 중단됨에 유의
- 한국사회보장정보원은 매월 보건복지부, 시·도, 시·군·구로 예탁금 정산내역 및 예탁금 부족 예상 정보를 제공하며, 예탁금이 부족하여 서비스 비용이 지급되지 않는 경우 이를 보건복지부, 해당 시·도 및 시·군·구에 통보

- 전출입시 이미 지급된 3개월분의 바우처는 전출 시·군·구에서 부담하고, 잔여 지원기간에 해당하는 바우처는 전입 시·군·구에서 부담

#### 5) 비용의 지불 및 정산

- 카드사는 유통점이 POS를 통해 국민행복카드로 결제한 내역 중 기저귀 및 조제분유에 해당되는 물품 비용을 한국사회보장정보원으로 청구(매월 10일경)
- 한국사회보장정보원은 카드사의 비용 청구에 대해 월 1회(10일 이내) 물품 비용을 지급
  - ※ 지급일이 토·일·공휴일인 경우 익일에 지급하며, 연휴 등으로 인해 불가피할 경우 연휴가 끝난 날로부터 3일 이내에 지급
- 단, 시·군·구의 예약이 늦어지는 경우 카드사에 비용 지급이 지연될 수 있으므로 적기에 비용을 예약할 수 있도록 항시 주의 요망
  - ※ 예약금 입금 지연 사례는 국회에서 자주 지적되는 사항임을 양지
- 한국사회보장정보원은 이용내역과 결제액(카드사 매입기준)을 비교·확인하여 예산 집행 및 운영
  - ※ 월 정산내역은 전자바우처시스템을 통해 확인
- 청구 및 지급 절차
  - ① 기저귀 및 조제분유 물품 구매
  - ② 국민행복카드 결제(POS 결제단말기 사용)
  - ③ 카드매출전표 출력
  - ④ 해당 카드사(BC카드, 삼성카드, 롯데카드, KB국민카드, 신한카드)로 송신
  - ⑤ 유통점에 비용 지급(매입 후 3~4영업일 이내)
- 전담 금융기관은 결제 시점마다 기본 대상자 자격 확인 후 정상인 경우에만 결제
- 한국사회보장정보원은 이자수입이 시·군·구에 귀속되는 점을 감안하여 계좌 개설 시 이자수입에 대한 법인세 원천징수가 되지 않도록 조치
- 사회보장정보원은 각 시·군·구별 예약금 사용 잔액 및 이자수입이 발생할 경우, 해당 시·군·구가 지정한 계좌로 회계연도 종료 후 2개월 이내에 환급 처리

- 한국사회보장정보원은 예탁금 사용 잔액 및 이자수입 환급 시 10원 단위 미만은 절사하되, 절사한 금액은 한국사회보장정보원 수입으로 처리
- 한국사회보장정보원은 사업연도 종료 시 이용자별 보유 중인 바우처(지원금)를 다음 회계연도로 이월
- 기저귀 지원(가·라유형) 바우처로 생성된 금액에 대해 조제분유 추가 지원으로 유형 변경 시 조제분유 구매 건으로도 매입 처리 가능
- 정산은 카드사에서 매입(결제/결제취소)으로 확인한 일자 기준으로 함  
(예시) • '23.12.31.에 결제하였더라도 카드사 매입이 '24.1.2.에 이루어졌다면, '24년도 사업비에서 카드사에 지급됨  
• '23.10.10.에 발생한 결제 건이 '24.2.10.에 취소되었다면, 취소매입은 '23년도 사업비에서 환급되며, 취소 건은 '24.2월분 정산서에 반영됨

【정 산 절 차】

| 구 분    | 주 체            | 업무 내용                                                                                                                                                           |
|--------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 계좌개설 | 복지부<br>(정보원)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (복지부) 예탁금 입금 및 지급계좌 개설 요청<br/>※ 보건소 명의 전용 가상계좌 개설(타 사업 예산 입금 금지)</li> <li>• (정보원) 복지부로부터 예탁계좌 운영 및 관리 업무 수탁</li> </ul> |
| ② 입금   | 시·군·구<br>(보건소) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 국비 및 시·도비 교부 시기 및 바우처 비용 지급 일정에 따른 예탁 마감일을 감안하여 예탁금이 부족하지 않도록 적기에 예탁</li> </ul>                                        |
| ③ 대금지급 | 카드사            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 물품구매 후 유통점에 구매비용 지급(결제일 기준 3~5일내)</li> </ul>                                                                           |
| ④ 대금청구 | 카드사            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 전월 지원 대상 물품에 대한 카드이용내역을 당월 10일까지 정보원에 청구</li> </ul>                                                                    |
| ⑤ 대금정산 | 정보원            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 청구된 카드이용내역과 결제액을 시군구(보건소)별로 비교·확인하여 예산 집행 및 운영</li> </ul>                                                              |
| ⑥ 내역통보 | 시·군·구<br>(보건소) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 매 분기말 지급내역(전분기 지출된 총 금액) 시·도에 통보</li> </ul>                                                                            |

## [서식 1호] 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] &lt;개정 2024.1.1&gt;

(3쪽 중 1쪽)

## 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일  
(첫만남이용권, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)

|                                                                                                                                             |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|--|
| 신청인                                                                                                                                         | 성명                                           | 주민등록번호<br>(외국인등록번호) | 세대주와의<br>관계                                                                                                                                                                                                | 전화번호                                          |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             | 주소                                           | 휴대전화                |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              | 전자우편                |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
| 가족사항                                                                                                                                        | 세대주와의<br>관계                                  | 성명                  | 주민등록번호<br>(외국인등록번호 등)                                                                                                                                                                                      | 동거여부                                          | 건강상태<br>(장애/질병)                                                          | 직장명 | 전화번호 (집/직장) |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
| ※ 배우자 관계 ( <input type="checkbox"/> ) 법률혼 ( <input type="checkbox"/> ) 사실혼 ( <input type="checkbox"/> ) 사실상 이혼 ( <input type="checkbox"/> ) |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
| 본인부담금<br>환급계좌 <sup>1)</sup>                                                                                                                 |                                              | 지원대상자와의 관계          | 성명                                                                                                                                                                                                         | 금융기관명                                         | 계좌번호                                                                     | 예금주 | 비고(사유)      |  |
| 제출처 사회보장급여 내용                                                                                                                               |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
| 읍면동<br>주민센터                                                                                                                                 | [ ]보육료지원<br>• 유아학비지원<br>* 부모급여(보육료)<br>지원 포함 | 지원대상자               | 신청구분                                                                                                                                                                                                       |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     | [ ] 어린이집(0~2세) 기본([ ] 장애 [ ] 다문화) [ ] 어린이집(0~2세) 연장 [ ] 어린이집 방과후<br>[ ] 어린이집(3~5세)([ ] 장애 [ ] 다문화) [ ] 장애아 보육료(6~12세)<br>[ ] 유치원 유아학비(3~5세)([ ] 사립유치원 저소득층 유아학비)                                           |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     | [ ] 어린이집(0~2세) 기본([ ] 장애 [ ] 다문화) [ ] 어린이집(0~2세) 연장 [ ] 어린이집 방과후<br>[ ] 어린이집(3~5세)([ ] 장애 [ ] 다문화) [ ] 장애아 보육료(6~12세)<br>[ ] 유치원 유아학비(3~5세)([ ] 사립유치원 저소득층 유아학비)                                           |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     | [ ] 어린이집(0~2세) 기본([ ] 장애 [ ] 다문화) [ ] 어린이집(0~2세) 연장 [ ] 어린이집 방과후<br>[ ] 어린이집(3~5세)([ ] 장애 [ ] 다문화) [ ] 장애아 보육료(6~12세)<br>[ ] 유치원 유아학비(3~5세)([ ] 사립유치원 저소득층 유아학비)                                           |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     | * 어린이집(0~2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 어린이집(0~2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다.<br>* 0, 1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로, 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다.<br>* 동일보장가구의 제도가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 디딤씨앗예좌(QA) 또는 입류발지통장이 있는 경우에도 반드시 기재 |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             | [ ]가사간병방문지원                                  | 지원대상자               | 신청요건(17개 선택)                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     | [ ] 장애정도가 심한 장애인 [ ] 중증질환자 [ ] 희귀난치성질환자 [ ] 소년소녀가장 [ ] 월 24시간<br>[ ] 조손가정 [ ] 한부모가정(법정보호세대) [ ] 기타 시군구청장이 인정하는 자 [ ] 월 27시간<br>[ ] 장기입원 사례관리 퇴원자 [ ] 월 40시간                                                |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     |                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             | [ ] 장애아동<br>가족지원                             | 발달장애<br>서비스         | 지원대상자                                                                                                                                                                                                      | 장애 유형                                         | [ ] 뇌병변장애 [ ] 청각장애 [ ] 시각장애 [ ] 언어장애<br>[ ] 지적장애 [ ] 자폐성장애 [ ] 미등록 (영유아) |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              |                     | 장애 정도                                                                                                                                                                                                      | [ ] 장애정도가 심한 장애인 [ ] 장애정도가 심하지 않은 장애인 [ ] 미등록 |                                                                          |     |             |  |
| 언어발달<br>지원<br>(비장애아동)                                                                                                                       |                                              | 필요서비스<br>(중복 체크가능)  | [ ] 언어재활 [ ] 청능재활 [ ] 미술심리재활 [ ] 음악재활 [ ] 행동재활<br>[ ] 놀이심리재활 [ ] 재활심리 [ ] 감각발달재활 [ ] 운동발달재활 [ ] 심리운동<br>[ ] 기타( )                                                                                          |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              | 지원대상자               | 필요서비스<br>(중복 체크가능)                                                                                                                                                                                         | [ ] 언어발달진단 [ ] 언어재활 [ ] 기타 ( )                |                                                                          |     |             |  |
| [ ] 발달장애<br>인<br>지원                                                                                                                         | 발달장애<br>인<br>부모<br>상담<br>지원                  | 장애 유형               | [ ] 뇌병변장애 [ ] 청각장애 [ ] 시각장애 [ ] 언어장애 [ ] 지적장애<br>[ ] 자폐성장애                                                                                                                                                 |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              | 장애 정도               | [ ] 장애정도가 심한 장애인 [ ] 장애정도가 심하지 않은 장애인                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             | 주간활동<br>및 방과후<br>활동 지원                       | 장애 유형               | 장애 유형                                                                                                                                                                                                      | [ ] 지적장애 [ ] 자폐성장애 [ ] 미등록 (영유아)              |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              | 장애 정도               | 장애 정도                                                                                                                                                                                                      | [ ] 장애정도가 심한 장애인 [ ] 장애정도가 심하지 않은 장애인         |                                                                          |     |             |  |
|                                                                                                                                             |                                              | 지원 유형               | [ ] 주간활동서비스 ([ ] 기본형 [ ] 확장형)<br>* 확장형 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다.<br>[ ] 방과후활동서비스                                                                                                                            |                                               |                                                                          |     |             |  |

1) 부모급여(차액) 지급계좌로도 활용됩니다. 0, 1세 아동의 경우 부모급여(보육료) 자격 신청 시 부모급여(차액)가 지급될 수 있으므로 반드시 계좌정보를 작성해주시기 바랍니다.



## VII. 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

(3쪽 중 2쪽)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
| [ ] 지역사회 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 지원대상자                                                                                   |                                                                                                                                                                                            | 서비스명                                                                                                                                                           |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 지원대상자                                                                                   |                                                                                                                                                                                            | 서비스명                                                                                                                                                           |                        |                    |
| [ ] 여성청소년 생리용품 지원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 지원대상자                                                                                   |                                                                                                                                                                                            | 지원신청                                                                                                                                                           | 청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능 |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 지원대상자                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        |                    |
| [ ] 장애인활동지원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 지원대상자                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 긴급활동지원                                                                                  | [ ] 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 활동지원급여                                                                                  | 신청유형                                                                                                                                                                                       | [ ] 신규신청 [ ] 변경신청 [ ] 갱신신청 [ ] 노인장기요양전환자 지원                                                                                                                    |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         | 변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)                                                                                                                                                                 | [ ] 장애상태의 변화                                                                                                                                                   | [ ] 학교생활               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                            | [ ] 직장생활                                                                                                                                                       | [ ] 취약가구               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                            | [ ] 독거(1인)가구 (19세 이상)                                                                                                                                          | [ ] 거주지 이전             |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | [ ] 나머지 가족의 사회생활                                                                        | [ ] 조손가정 (19세 미만)                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | [ ] 한부모가정 (19세 미만)                                                                      | [ ] 기타                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |                        |                    |
| 특별지원급여                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | [ ] 출산 [ ] 자립준비 [ ] 보호자일시부재([ ] 결혼 [ ] 사망 [ ] 출산 [ ] 입원 [ ] 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크) |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        |                    |
| [ ] 첫만남이용권                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 지원대상자                                                                                   | 출생정보                                                                                                                                                                                       | [ ] 국외출생 [ ] 복수국적                                                                                                                                              | 출생순위                   | [ ] 첫째아 [ ] 둘째아 이상 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 지급방식                                                                                    | [ ] 바우처(원칙) [ ] 현금(시설보호 아동 등) [ ] 현금(보호자명의 계좌)                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 카드정보 (국민행복카드)                                                                           | 보호자(카드 보유자) [ ] BC(은행) [ ] 삼성 [ ] 롯데 [ ] KB국민(은행) [ ] 신한<br>※ 유의사항<br>- 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC, KB카드를 선택한 경우)를 선택합니다<br>- 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.                  |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        |                    |
| 보 건 소<br>[ ] 산모신생아 건강관리지원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 지원대상자                                                                                   | 출산(예정)일                                                                                                                                                                                    | 년                                                                                                                                                              | 월                      | 일                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 지원 유형                                                                                   | [ ] 단태아([ ] 첫째아 [ ] 둘째아 [ ] 셋째아 이상),<br>[ ] 쌍생아 / 장애정도가 심한 산모+단태아([ ] 인력1명 [ ] 인력2명)<br>[ ] 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍생아([ ] 인력2명 [ ] 인력3명)<br>[ ] 사태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+삼태아 이상([ ] 인력2명 [ ] 인력4명) |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 신청요건                                                                                    | 기본 지원대상                                                                                                                                                                                    | [ ] 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) [ ] 소득기준 이하                                                                                                                 |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         | 예외 지원 대상 (해당자만)                                                                                                                                                                            | [ ] 회귀난치성질환 산모 [ ] 장애인 산모 및 장애 신생아<br>[ ] 쌍생아 이상 출산가정 [ ] 셋째아 이상 출산가정 [ ] 새터민 산모<br>[ ] 결혼이민 가정 [ ] 미혼모 산모 [ ] 둘째아 이상 출산 산모<br>[ ] 분만 취약지 산모 [ ] 기타(소득기준 완화 등) |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 서비스 제공 장소                                                                               | [ ] 자택 [ ] 기타                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                |                        |                    |
| 보건 소·주민 센터<br>[ ] 저소득층기저귀 조제분유지원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 지원대상자                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 지원 유형 (종복 체크 가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)                                             | 기본지원대상                                                                                                                                                                                     | [ ] 기저귀([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타)<br>[ ] 조제분유([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)                                                                      |                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 예외지원대상 (지자체 자체 사업)                                                                      | [ ] 기저귀([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타)<br>[ ] 조제분유([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)                                                                                                  |                                                                                                                                                                |                        |                    |
| 개인정보 수집 및 활용 동의                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        | 확인 (√ 체크)          |
| <p>1. 개인정보 활용 목적</p> <p>동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.</p> <p>2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위</p> <p>인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(보육료지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 유아학비지원의 경우 본인, 배우자 및 직계존비속 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.</p> <p>3. 개인정보 보유 및 파기</p> <p>같은 법 제34조에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.</p> |                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                |                        | [ ]                |

| 유의 사항                                                                                                                                                                                                                                                                               |     | (3쪽 중 3쪽)<br>확인<br>(√ 체크) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------|
| 1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회복지서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법령에 따라 하위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우, 급여 지급 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에는 보장비용을 지급한 보장기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률에서 정한 바에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다. | [ ] |                           |
| 2. 사회보장급여의 제공으로 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법령에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 또는 부과될 수 있습니다.                                                                                                                                                                      | [ ] |                           |
| 3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으려 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 하위로 신고한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법령에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.                                                                                                                             | [ ] |                           |
| 4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.                                                                                                                                                                                                                                             | [ ] |                           |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 추가제출서류 | 1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류<br>* 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|        | 2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함)<br>3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증빙 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함)<br>4. 건강 진단서(해당자에 한함)<br>5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류<br>6. 첫만남이용권 지원신청 시 시설입소아동, 보호자가 수형자인 경우, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격 확인이 가능한 서류 |

본인(대리신청인 포함)은 개인정보활용동의와 기타 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.

년      월      일

신청인(대리 신청인<sup>2)</sup>) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

2) 가족, 친족(3촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등  
210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 2호] 개인정보 수집 및 이용 동의서(사업운영 자체 서식)

**개인정보 수집 및 이용 동의서**

보건복지부, 한국사회보장정보원 및 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자의 발굴에 관한 법률」 제23조 및 「개인정보 보호법」 제15조에 따라 민감정보 및 고유식별정보를 수집합니다.

**■ 개인정보 수집 항목**

- 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호
- 개인정보 : 성명, 주소, 연락처, 대상자 자격판정 자료 (신청서, 결과통보서 등에 적힌 기본정보, 금융정보, 가구정보, 소득정보), 개인이력 (구매이력)

**■ 개인정보 수집 및 이용 목적**

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원 제도 관련 본인 확인에 관한 업무
- 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무
- 기저귀 및 조제분유 구매를 위한 이용권(카드) 제작 및 배송 업무
- 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송 업무
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리 업무
- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등 업무

**■ 개인정보 보유 및 이용기간**

- 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.

**■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익**

- 위 내용은 저소득층 기저귀·조제분유 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

**■ 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의**

「개인정보 보호법」에 따라 개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까?

[ ] 동의함

[ ] 동의하지 않음

**■ 중요한 개인정보 수집에 관한 별도 동의**

- 고유식별정보 수집에 관한 동의  
본 기관은 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호 등)를 수집하고 있습니다.  
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원 제공 계약 및 본인 확인절차  
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 활용

※ 고유식별정보 수집에 동의하십니까?

[ ] 동의함

[ ] 동의하지 않음

**■ 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의**

- 본 기관은 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 수집한 개인정보를 아래의 내용과 같이 제공하고 있습니다.  
- 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무  
- 이용권 결제를 위한 인증번호 또는 결제내역 송·수신(SMS)  
- 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송을 위한 정보제공

\* 본 정보는 이용권 발급을 위해 보건복지부 및 한국사회보장정보원, 해당 카드사에 정보가 제공됩니다.

※ 제3자 제공에 동의하십니까?

[ ] 동의함

[ ] 동의하지 않음

「개인정보 보호법」에 따라 개인정보처리자가 준수하여야 할 개인정보보호 규정을 준수하고, 관련 법령에 따라 대상자의 권익보호에 최선을 다하고 있으며 허가된 이용 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다.

20    년    월    일

신청인(대리인) :

(서명 또는 인)

(필요시) 법정대리인 :

(서명 또는 인)

연락처 :

[서식 3호] 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서(사업운영 자체서식)

## 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

|              |                                                                                                                                        |          |                                                                                                                       |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 개인정보<br>제공동의 | 국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))를 위해 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까?                                                              |          |                                                                                                                       |
|              | - 제공항목 : 성명 및 연락처(주택, 휴대전화)<br>- 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인<br>- 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사)<br>- 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지 |          |                                                                                                                       |
|              | [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음                                                                                                                    |          |                                                                                                                       |
| 신청카드<br>(택1) | [ ] 롯데카드                                                                                                                               | [ ] 삼성카드 | BC카드                                                                                                                  |
|              | [ ] KB국민카드                                                                                                                             | [ ] 신한카드 | [ ] IBK기업은행 [ ] NH농협 [ ] 대구은행 [ ] 부산은행<br>[ ] 경남은행 [ ] SC제일은행 [ ] 수협은행 [ ] 우체국<br>[ ] 제주은행 [ ] 우리은행 [ ] 광주은행 [ ] 전북은행 |

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장, 국민행복카드  
사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드, KB국민카드, 신한카드) 대표 귀하

## 안내 및 유의사항

- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 국민행복카드를 발급받을 필요가 없으며, 기존 국민행복카드를 이용하실 수 있습니다.
- 해당바우처 서비스 신청인(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다. (신청인(본인)과 카드발급명義자가 다를 경우엔 카드발급이 불가합니다)
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 바우처는 국민행복카드로 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우는 가까운 국민행복카드 영업점(우체국, 은행 및 카드센터 등)을 방문하거나 각 카드사별 인터넷으로 접속하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 신용심사결과에 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 전용카드는 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우로서, 계좌압류결정문을 법원으로부터 발급받은 경우(계좌압류자) 또는 신용불량자 등 카드사 내부심사과정에서 신용도에 따라 발급이 가능하며, 이용자의 기호에 따라 발급이 불가능합니다.
- 관련 법령에 따라 14세 이하 미성년자는 국민행복카드 발급이 불가능하므로, 법적보호자 명의로 신청하시기 바랍니다.

수수료  
없음

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 4호] 임신·출산 관련 서비스 통합처리에 관한 규정 [별지 제2호 서식]

[알록]

## 출산서비스 통합처리 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 아니하며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

| 접수번호            | 접수일자               | 처리기간                | 신청 시 별도안내   |
|-----------------|--------------------|---------------------|-------------|
| 신청인<br>(대리 신청인) | 성명                 | 주민등록번호<br>(외국인등록번호) | 출산자와의<br>관계 |
|                 | 도로명주소<br>(주민등록주소지) |                     | 휴대전화<br>집전화 |

|             |                    |                     |             |
|-------------|--------------------|---------------------|-------------|
| 출산자<br>(산모) | 성명                 | 주민등록번호<br>(외국인등록번호) | 휴대전화<br>집전화 |
|             | 도로명주소<br>(주민등록주소지) |                     |             |

※ 출산자와 신청인이 동일인인 경우 '출산자'란 작성 생략 / 해산급여 신청인 중 시설거주자는 시설소재지 주소를 기재

| 가족<br>사항 | 세대주와 관계 | 성명 | 주민등록번호<br>(외국인등록번호) | 동거여부          | 주소<br>(세대를 달리하는 경우에만 주소 기재) |
|----------|---------|----|---------------------|---------------|-----------------------------|
|          | 본인      |    |                     | [ ] 예 [ ] 아니오 |                             |
|          | 배우자     |    |                     | [ ] 예 [ ] 아니오 |                             |
|          | 자       |    |                     | [ ] 예 [ ] 아니오 |                             |
|          | 자       |    |                     | [ ] 예 [ ] 아니오 |                             |
|          | 자       |    |                     | [ ] 예 [ ] 아니오 |                             |

|                                        |                      |                                                                           |
|----------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 지방<br>자치<br>단체<br>서비스<br>(자치체별로<br>정함) | 출산 지원금               | [ ] 둘째자녀(이름: ) [ ] 셋째자녀(이름: ) [ ] 넷째자녀 이상(이름: )                           |
|                                        | 출산용품교환권              | 수령지 주소 : ※ 셋째 자녀 이후부터 지원                                                  |
|                                        | 다둥이행복카드<br>(신분확인용)발급 | 카드 수령지 주소 : ※ 신용·체크카드 발급을 원하실 경우 00은행 영업점을 방문해 신청하실 수 있습니다.(문의:0000-0000) |
|                                        | 모유수유 클리닉             | [ ] ※ 사전예약제로 운영 중이며, 예약은 000보건소(02-000-0000)로 전화예약도 가능합니다.                |
|                                        | ...                  |                                                                           |

| 서비스명            | 출생자 성명                | 신청 사항                                                                                                                                       |
|-----------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 양육수당            |                       | [ ] 가정양육수당 [ ] 농어촌양육수당 1. 국외출생 여부 : [ ] 예 [ ] 아니오<br>2. 복수국적 여부 : [ ] 예 [ ] 아니오<br>* 출생증명서에 따라 신청인이 기재                                      |
| 아동수당            |                       | [ ] 아동수당                                                                                                                                    |
| 해산급여            |                       | [ ] 해산급여(출산자의 주민등록 주소지에서만 신청 가능)                                                                                                            |
| 전국<br>공통<br>서비스 | 저소득층 기저귀<br>조제분유 지원   | 기본지원대상 [ ] 기저귀 ([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타)<br>[ ] 조제분유([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)                                           |
|                 |                       | 국민행복카드신청 [ ] BC카드 ( 은행)<br>※ IBK기업, 농협, SC제일, 경남, 광주, 대구, 우리, 전북, 신한, 제주, 우체국, 부산, 수협, 하나은행<br>신청 가능 [ ] KB국민 카드 [ ] 롯데카드 [ ] 삼성카드 [ ] 신한카드 |
|                 |                       | ※ 신규 신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사를 선택합니다.<br>국민행복카드를 기 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.                                                            |
|                 |                       | [ ] 출산비용 지원(등록장애인)                                                                                                                          |
|                 |                       | [ ] 출산가구 [ ] 다자녀(3명 이상) 고객명 : 고객번호 :                                                                                                        |
|                 | 다자녀(3명이상)<br>도시가스료 경감 | [ ] 도시가스사업자명 : 고객명 : 고객번호 :                                                                                                                 |
|                 | 다자녀(3명이상)<br>지역난방비 경감 | [ ] 지역난방사업자명(코드) : 고객명 : 고객번호 :                                                                                                             |

| 급여<br>계좌 | 성명 | 출산자와의 관계 | 대상서비스 | 금융기관명 | 계좌번호 | 참고사항 등 |
|----------|----|----------|-------|-------|------|--------|
|          |    |          |       |       |      |        |

※ 양육수당과 아동수당의 지급계좌는 부·모 또는 아동 명의의 계좌만 가능, 여성장애인출산비용 지원 지급계좌는 본인 명의의 통장만 가능

※ 아동수당, 해산급여는 임류발지통장 사용 가능, 그 외 서비스는 일반통장만 사용

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| 결과 통지 방법 | [ ] 문자 서비스(SMS) : 결정사항, 제공기관 연락처 등 간단한 안내 |
|----------|-------------------------------------------|

위와 같이 출산서비스를 신청합니다.

신청인(대리 신청인) 성명 : 20 년 월 일  
(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

※ 본 서식의 서비스명칭 등은 관련법령, 지침 등의 개정·변경 또는 지방자치단체의 여건에 따라 변경하여 사용한다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>신청인<br/>제출서류</b>   | 1. 신청서(별지 제2호 서식)<br>2. 신청인(대리 신청인) 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)<br>3. 가족관계증명서(대리신청 또는 출생신고 완료 후 추후에 신청할 경우에 해당)<br>4. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설인소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류(조제분유 업무담당자에게 별도 제출 필요) |
| <b>담당공무원<br/>확인사항</b> | 주민등록등본, 외국인등록사실증명, 농업경영체증명, 장애인증명, 국민기초생활수급자증명, 그 밖에 관련 법령(지침, 조례, 규칙 등)에서 제출서류로 정한 것                                                                                                                                                              |
| <b>참고사항</b>           | 1. <b>신청하는 곳</b> : 출생자 주민등록주소지 읍·면·동 (다만, 해산급여는 출산자의 주민등록 주소지 읍·면·동)<br>2. <b>신청인(대리 신청인 포함)의 범위</b> : 출산자 본인, 출산자의 배우자, 출산자의 친부모 및 시부모                                                                                                            |

### 유의사항, 행정정보공동이용 및 개인정보 활용·제공 동의서

- 부정수급으로 적발된 경우 「영유아보육법」 제54조제4항4호, 「국민기초생활보장법」 제49조, 「아동수당법」 제24조, 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자의 발굴에 관한 법률」 제22조 및 제54조 등에 따른 징역, 벌금, 구류 또는 과료에 처합니다.
- 해산급여(출산에 따른 해산급여 지급에 한함 ※ 사산에 따른 해산급여는 별도 신청)는 보건소에서 시행하는 산모 신생아 건강관리 지원사업(산모 신생아도우미서비스)과 중복신청이 불가합니다.
- 출산 가구 전기료 경감과 다자녀 전기료 경감은 중복으로 지원되지 않으므로, 셋째 자녀의 경우 다자녀 전기료 경감으로 신청하시기 바랍니다.
- 본인은 이견 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.  
※ 동의하지 않을 경우 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

#### [ ] 동의함

#### [ ] 동의하지 않음

- 본인은 이견 업무처리와 관련하여 개인정보보호법 제23조제1호에 따른 아래의 민감정보를 담당 공무원이 사회보장정보시스템을 통해 조회하는 데 동의합니다.  
※ 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의하지 않을 경우 신청인이 장애인 증명서, 국민기초생활수급자증명서를 직접 제출하여야 합니다.

| 항목        | 이용 목적                   | 보유기간      |
|-----------|-------------------------|-----------|
| 해산급여 대상여부 | 저소득층해산급여 대상자 자격 확인      | 대상자격 조회 시 |
| 장애인 여부    | 여성장애인 출산비용 지원 대상자 자격 확인 | 대상자격 조회 시 |

#### [ ] 동의함

#### [ ] 동의하지 않음

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 아래의 내용과 같이 개인정보를 수집하고, 수집한 개인정보를 보건복지부 및 한국사회보장정보원, 해당카드사에 아래의 내용과 같이 제공하는 것에 동의합니다.  
- 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자의 발굴에 관한 법률 제7조 및 제19조, 제23조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위한 개인정보 수집 및 활용  
- 지원제금 계약 및 본인확인 업무, 이용권 적정급여 관리업무, 국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM)), 이용권 제작 및 배송을 위한 정보 제공  
- 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무, 이용권 결제를 위한 인증번호 또는 결제내역 송·수신(SMS), 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송을 위한 정보 제공

#### [ ] 동의함

#### [ ] 동의하지 않음

- 시장·군수·구청장이 국가 및 지방자치단체, 기타 관계기관(한국전력공사, 한국지역난방공사, 도시가스사업자 등)에서 다자녀가구 또는 출산가구에 제공하는 각종 경감서비스 등의 신청을 대행하기 위해 필요한 개인정보를 상시기관에 제공하는 것에 동의(보유기간 : 3년, 제공항목 : 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 연락처, 고객번호, 그 밖에 필요한 정보 등, 기타 상세내용은 개별기관 홈페이지 참조)합니다. ※ 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

#### [ ] 동의함

#### [ ] 동의하지 않음

- 전기료, 지역난방비, 도시가스료는 이사 등으로 주민등록주소지 변경 시 반드시 관할 한국전력공사, 한국지역난방공사, 도시가스사업자 등에 연락하여 이전 주소지 적용권을 해지한 후 새로운 주소지로 재신청하여야 계속 경감 적용이 됩니다.  
※ 지역난방은 공급자별로 검면이 해당되지 않는 곳이 있으며 연 1회 경감요금을 정산하여 환급함
- 양육수당·아동수당 신청 시 수당을 지급받고자 하는 계좌주가 아동 또는 아동의 부·모가 아닌 경우, 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 방문하여 아동 및 보호자 담당공무원과 상담한 후 별도로 신청하여야 합니다.
- 출산서비스 통합처리 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 않습니다.

본인(대리인 포함)은 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았으며 위의 내용을 확인합니다.

20    년    월    일

신청인(대리 신청인) :

(서명 또는 인)

### 처 리 절 차

|                          |   |              |   |                                                      |   |                                                     |
|--------------------------|---|--------------|---|------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------|
| 신청서 작성<br>신청인<br>(대리신청인) | → | 접 수<br>읍·면·동 | → | 등록, 심사, 자격 확인<br>시·군·구, 보건소, 한국전력,<br>도시가스회사, 난방공사 등 | → | 선정통지 및 서비스제공<br>시·군·구, 보건소, 한국전력,<br>도시가스회사, 난방공사 등 |
|--------------------------|---|--------------|---|------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------|

[서식 5호] 사회보장급여 (결정(적합), 결정(대상제외), 변경·정지·중지·상실) 통지서

■ 사회보장급여 관련 공문서식에 관한 고시 [별지 제6호서식] <개정 2024.1.1>

(5쪽 중 1쪽)

**사회보장급여 [ ] 결정(적합) [ ] 결정(대상제외) 통지서**  
**[ ] 변경·정지·중지·상실**

|             |      |      |  |          |  |
|-------------|------|------|--|----------|--|
| 신청인/<br>세대주 | 성 명  |      |  | 생년월일     |  |
|             | 주 소  |      |  |          |  |
|             | 신청내용 | 신청구분 |  | 급여·서비스내용 |  |
| 비고          |      |      |  |          |  |

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사 결과 기초생활보장 수급자로 결정되었음을 알려드립니다.

| 신청인과의 관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 보장급여 | 급여개시일 |
|----------|--------------|------|------|-------|
|          | 개인별 성명 전체 명시 |      |      |       |
|          |              |      |      |       |
|          |              |      |      |       |
|          |              |      |      |       |

\* 생계·의료·주거급여 보장결정사항은 시·군·구청장이, 교육급여 보장결정사항은 시·도교육감이 각각 통지

- 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 및 임대차 계약조건 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 선정기준을 초과하거나 다음의 사유가 발생한 경우에는 자격이 중지(정지), 변경 되거나 급여가 감소 될 수 있습니다.
  - 중지 : 조사를 시작한 날부터 역산하여 180일까지 통산하여 60일을 초과하여 외국에 체류하고 있거나 체류했던 사람, 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「치료감호 등에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 치료감호시설에 수용중인 경우, 실종신고 절차가 진행 중인 경우, 가출 또는 행방불명으로 신고 된 후 1개월이 지났거나 해당 사실을 보장기관이 확인한 경우, 수급권자에게 급여가 필요 없게 되거나 수급권자가 그 전부 또는 일부를 거부한 경우, 수급자가 지급받은 임차료를 타 용도로 사용하여 3개월 이상 월임치 연체 등
  - 변경 : 수급권자 및 부양의무자의 소득·재산, 임대차 계약조건 및 근로능력에 변동이 있는 경우 등
  - 급여감소 : 3개월 중 30일 이상의 기간 동안 입원중인 경우 등
- 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고하여 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 형사처벌을 받을 수 있습니다.
- 기초생활수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 수급자 증명서를 함께 제출하여 압류방지통장을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.
- 수선유지급여 지급대상자는 적합통지를 받은 해의 다음 연도부터 주택수선율 등에 따라 주택수선을 받을 수 있습니다.
- 교육급여 중 교육활동지원비는 현금이 아닌 바우처(사회서비스 이용권)로 제공됩니다.
  - 교육급여 결정 통지서를 받으신 후 교육급여 바우처 누리집(<https://e-voucher.kosaf.go.kr>)에서 바우처를 신청하셔야 카드 포인트가 배정(개별 문자 안내)됩니다.
  - 교육급여 바우처는 카드 포인트가 배정된 지급 학년도 이후 다음 학년도 8월 31일까지 사용 가능하며, 기한 내 사용되지 않은 바우처 잔액은 회수됩니다.  
 (예시1) '23학년도 바우처' '23년 연내 수령 시, '24년 8월 31일까지 사용 가능, (예시2) '23학년도 바우처' '24년 6월 수령 시, '24년 8월 31일까지 사용 가능
  - 교육급여 바우처는 유흥·사행 업종, 청소년 출입불가 업종 등을 제외한 교육활동 수강, 교육활동에 필요한 물품 구매 등에 사용 가능합니다.
  - 교육급여 바우처 대상자 및 신청 여부, 사용처, 결제·환불취소 절차, 사용 기간 등 기타 자세한 사항은 교육급여 바우처 누리집(<https://e-voucher.kosaf.go.kr>) 또는 한국장학재단 콜센터(1599-2000)에서 확인 가능합니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 [ ] 한부모가족 ([ ] 급여지급, [ ] 증명서 발급)-[ ] 장애인복지 [ ] 기타( ) 급여대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

## 2024년 모자보건사업 안내

| 신청인과의 관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 보장구분 | 보장급여 | 보장기간 |
|----------|--------------|------|------|------|------|
|          | 개인별 성명 전체 명시 |      |      |      |      |
|          |              |      |      |      |      |
|          |              |      |      |      |      |
|          |              |      |      |      |      |

- 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지될 수 있습니다.
- 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받은 경우 부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수될 수 있으며, 부정 지급한 경우 형사처벌을 받을 수 있습니다.
- 한부모가족 또는 장애인복지(장애(아동)수당) 수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 증명서(확인서)를 함께 제출하여 압류방지동장을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.
- 소득인정액이 기준 중위소득 65%를 초과하고 72%이하인 청소년 한부모가족지원 신청자는 급여는 지급되지 않고, 한부모가족증명서가 발급됩니다.

- 귀하가 신청한 급여에 대해 조사한 결과 아래와 같이 영유아보육 수급자로 결정되었음을 알려드립니다.

\* 0, 1세의 경우 부모급여(현금)를 대신하여 부모급여(보육료)를 수급합니다. 부모급여(현금)과 부모급여(보육료) 간 차액이 발생하는 경우 현금으로 지급됩니다. 보육료 이용을 중단하고 다시 부모급여(현금), 종일제 아이돌봄서비스 수급을 희망하시는 경우에는 급여변경신청을 하셔야 합니다.

| 신청인과의 관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 보장급여 | 보장기간 |
|----------|--------------|------|------|------|
|          | 개인별 성명 전체 명시 |      |      |      |
|          |              |      |      |      |
|          |              |      |      |      |
|          |              |      |      |      |

- 가정양육수당은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 25일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
- 가정양육수당 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 「영유아보육법」 제34조의2에 의해 해당 기간동안 양육수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 관할 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
- 어린이집 0~2세 연장보육반 수급 아동이 부모의 취업 여부 등 연장보육반 자격 인정 요건에 변동이 생긴 경우 또는 가정양육수당 수급 아동의 어린이집 입소, 유치원(특수학교 포함) 입학, 종일제 아이돌봄서비스 이용 등 가정양육수당 수급 인정 요건에 변동이 생긴 경우에는 반드시 그 사실을 관할 읍·면·동 주민센터에 알려야 하며, 변경 사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 관련 법령에 의거 부당하게 지급받은 금액은 환수될 수 있고 처벌을 받을 수 있습니다.
- 연장보육반 수급 아동의 경우 유효기간 내일지라도 해당 사유가 소멸할 경우 직권으로 기본보육반으로 조정될 수 있습니다.
- 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 「영유아보육법」 제34조에 따른 보육료를 지원받거나 타인으로 하여금 지원을 받게 한 자는 「영유아보육법」 제54조에 의해 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

- 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 장애인연금 지급 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.
- 귀하의 지급 예정 장애인연금 급여액 및 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

| 구분  | 성명 | 장애인연금 급여액 | 금융기관 | 계좌번호 |
|-----|----|-----------|------|------|
| 본인  |    |           |      |      |
| 배우자 |    |           |      |      |

- 연금은 신청한 날이 속하는 달(사전신청의 경우 18세가 되는 달)부터 수급권이 소멸하는 날이 속하는 달까지 매월 20일에 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
- 다음의 사유가 발생하였을 때에는 30일 이내에 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 반드시 신고하여야 합니다.



## VII. 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

- 수급권 상실 : 사망, 국적상실, 국외이주, 소득과 재산의 증액으로 소득인정액이 선정기준액을 초과한 경우, 장애정도 변경 등으로 중증장애인에 해당하지 아니하게 된 경우, 본인 또는 배우자의 직역연금 수급권 발생
  - 변경 : 연금지급액의 변경을 초래하는 소득과 재산의 변동, 결혼·이혼 및 배우자의 사망, 지급계좌 변경, 연금지급 정지사유 소멸
  - 정지 : 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용중인 경우, 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우, 국외체류기간이 60일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)
5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 연금은 환수되고, 과태료가 부과되거나 형사 처벌 받으실 수 있습니다.
6. 장애인연금 수급자는 시종은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 장애인연금 대상자 확인서를 함께 제출하여 압류방지통장을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.
1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 특별지원청소년 대상으로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 보호자, 지원기관, 지원내용은 아래와 같습니다.

|      |     |  |    |  |      |      |  |
|------|-----|--|----|--|------|------|--|
| 보호자  | 성 명 |  | 관계 |  |      | 생년월일 |  |
|      | 주 소 |  |    |  | 연락처  |      |  |
| 지원기관 | 기관명 |  |    |  | 대 표자 |      |  |
|      | 주소  |  |    |  | 담당자  |      |  |
|      |     |  |    |  | 연락처  |      |  |
| 지원내용 |     |  |    |  |      |      |  |

3. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지될 수 있습니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수할 수 있습니다.
1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 기초연금 지급대상자로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급예정 연금액 및 연금지급 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

| 구분  | 성명 | 기초연금 급여액* | 금융기관 | 계좌번호 |
|-----|----|-----------|------|------|
| 본인  |    | 원         |      |      |
| 배우자 |    | 원         |      |      |

\* 이 금액은 예상연금액으로 실지금액과 다를 수 있습니다.

3. 기초연금은 신청한 날이 속하는 달(사전신청의 경우 65세가 되는 달)부터 수급권이 소멸하는 날이 속하는 달까지 매월 25일에 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
4. 거주지역, 세대구성, 소득·재산 등에 변동이 있을 때에는 30일 이내에 관할 읍·면사무소 및 동 주민센터 또는 국민연금공단에 반드시 신고하여야 하며, 선정기준을 초과하거나 다음의 사유가 발생한 경우에는 수급권상실, 변경되거나 지급정지 될 수 있습니다.
- 수급권 상실 : 사망, 국적상실, 국외이주, 소득과 재산의 증액으로 소득인정액이 선정기준액을 초과한 경우, 본인 또는 배우자 직역연금 수급권 발생
  - 변경 : 기초연금 급여액의 변경을 초래하는 소득과 재산의 변동, 결혼·이혼 및 배우자의 사망, 지급계좌 변경, 기초연금 지급 정지사유 소멸
  - 정지 : 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우, 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외), 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우
5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 연금은 환수되고, 과태료가 부과되거나 형사 처벌을 받을 수 있습니다.
6. 기초연금 수급자는 시종은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 확인서를 함께 제출하여 압류방지

통장을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

- 「기초연금법」 제11조, 제28조에 따라 기초연금 수급권 발생·변경·상실 등을 확인하기 위해 지자체 공무원 또는 국민연금공단 직원이 현장방문 등의 방법으로 확인조사를 실시할 수 있습니다.

- 귀하는 아동수당 지급대상자로 결정되었음을 알려드립니다.
- 귀하의 지급 예정 아동수당 급여액 및 지급계좌번호는 아래와 같습니다.

| 신청인과의<br>관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 지급금액 | 금융기관 | 계좌번호 | 급여개시일 |
|-------------|--------------|------|------|------|------|-------|
|             | 개별별 성명 전체 명시 |      |      |      |      |       |
|             |              |      |      |      |      |       |
|             |              |      |      |      |      |       |

- 아동수당은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 25일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 단, 지급일이 공휴일 또는 토·일요일인 경우 그 전일에 지급 가능하며 각 지자체별로 다를 수 있습니다.

※ 출생아의 경우에는 예외적으로 출생일을 포함한 60일 이내(60일이 되는 날이 토요일·일요일·공휴일인 경우 그 다음날까지 인정) 신청 시 출생월로 소급하여 지원합니다.(단, 출생신고 전 아동의 친생부모를 찾기 위한 법원 절차 진행, 미혼부의 자녀로 법원에 출생신고 절차 진행 중인 경우, 천재지변 등으로 아동수당을 신청하지 못하여 시·군·구청장이 아동복지심의위원회의 심의를 거쳐 인정하는 경우 60일 기간 산정시 제외)

- 아동수당 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우(해외출생 아동은 출생일을 출국일로 보고 국외 체류기간 산정)에는 90일이 되는 날이 속하는 달의 다음달부터 입국일이 속하는 달까지 아동수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
- 아동수당을 지급받거나 관리하고 있는 보호자는 「아동수당법」 제15조(신고)에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 30일 이내에 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
  - 수급권 상실 : 사망, 국적상실, 국외이주, 난민인정 취소, 난민인정결정 철회, 수급아동 연령 초과 등
  - 변경 : 보호자의 변경, 지급계좌 변경, 기타 정지사유 발생·소멸, 수급아동이 대한민국 국적과 외국 국적을 함께 가지게 된 경우(복수국적), 보호자의 이혼 등 수급아동의 가구원 구성이 변동된 경우
  - 정지 : 행방불명·실종 신고 후 30일이 경과한 자, 실종선고자 진행 중인 자, 국외체류기간이 90일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)
- 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수되고 과태료가 부과될 수 있습니다(정지기간 지급 또는 잘못 지급된 경우에는 환수조치). 또한 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 수당을 지급받은 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처합니다.
- 「아동수당법」 제26조에 따라 정당한 사유 없이 제7조제1항에 따른 서류 또는 자료를 제출하지 아니하거나 거짓의 서류 또는 자료를 제출한 사람, 조사·질문을 거부·방해 또는 기피하거나 거짓 답변을 한 사람에게는 20만원 이하의 과태료를 부과합니다.
- 아동수당수급권자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 아동수당 수급자 확인서를 함께 제출하여 압류방지통장을 개설할 수 있으며, 개설 후 아동주소지의 읍·면·동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

- 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 아동·청소년복지 대상자 (소년소녀가정보호비 / 그룹홈·가정위탁보호비 / 기타)로 결정되었음을 알려드립니다.
- 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면 사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지될 수 있습니다.
- 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수할 수 있습니다.

- 귀하가 신청한 사회서비스 조사·심의 결과 사회서비스 이용권(바우처) 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

<공 통>

| 지원대상      |      | 사회서비스명   | 정부지원액<br>(월) | 본인부담금<br>(월) |
|-----------|------|----------|--------------|--------------|
| 대상자 성명    | 생년월일 |          |              |              |
|           |      |          |              |              |
| 본인부담금납부계좌 |      | 이용권 유효기간 |              | 지원내역         |
|           |      |          |              |              |

장애인활동지원수급자인 경우

| 활동지원등급      | 등급                               | 종합점수   | 점 |   |
|-------------|----------------------------------|--------|---|---|
| 결정 급여       | [ ] 활동지원급여 [ ] 특별지원급여 [ ] 긴급활동지원 |        |   |   |
| 월 한도액       | 월 원                              | 활동지원급여 | 월 | 원 |
|             |                                  | 특별지원급여 | 월 | 원 |
|             |                                  | 긴급활동지원 | 월 | 원 |
| 본인부담금       | 월 원                              |        |   |   |
| 본인부담금 납부계좌  |                                  |        |   |   |
| 급여개시일       |                                  |        |   |   |
| 유효기간        |                                  |        |   |   |
| 수급자격심의위원회회의 |                                  |        |   |   |

\* 서비스 제공기관 : 이용안내문 참조

발달장애인 주간활동 및 방과후활동 서비스 수급자인 경우

|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| 이용 서비스  | [ ] 발달장애인 주간활동 서비스<br>[ ] 청소년 발달장애 학생 방과후활동 서비스 |
| 서비스이용시간 | [ ] 시간                                          |
| 급여개시일   |                                                 |
| 유효기간    |                                                 |

2. 사회서비스 이용권 발급 안내

- 사회서비스를 이용하기 위해서는 「국민행복카드」가 필요합니다.
- \* 희망o카드를 보유하고 계신 분은 향후 이용권 재발급 신청시까지 희망o카드를 계속 사용하실 수 있으며, 이미 국민행복카드를 보유하고 계신 분도 기존 카드로 금번에 대상자로 결정된 서비스를 이용하실 수 있습니다.
- 국민행복카드를 보유하고 있지 않은 분은 카드사\* 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, 홈페이지 접속 또는 콜센터에 전화하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.
- \* BC카드(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), 롯데카드, 삼성카드
- 다만, 카드를 통한 국민행복카드 발급이 부적절한 경우에는 예외적으로 사회보장정보원에서 국민행복카드가 발급될 수 있습니다.
- 궁금한 사항은 사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축 4번) 또는 보건복지상담센터(129)로 문의하시기 바랍니다.

3. 본인부담금 납부

사회서비스 이용권을 이용하기 위해서는 사업별로 지정된 방법으로 본인부담금을 매월 말일까지 납부해야 합니다.

- 가사·간병방문지원사업, 장애인활동지원사업 : 사회보장정보원 지정 계좌
- 산모·신생아 건강관리 지원사업, 지역사회서비스, 기타 사회서비스 : 제공기관 지정 계좌
- \* 장애인활동지원사업의 본인부담금은 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 제37조에 따라 활동지원급여에서만 산정되고, 특별지원급여에서는 면제됩니다. 또한, 긴급활동지원 대상자 및 「국민기초생활보장법」에 따른 생계급여 또는 의료급여 수급자는 본인부담금이 면제됩니다.
- 또한, 장애인활동지원사업의 차상위계층 또는 「의료급여법」에 따른 수급자의 본인부담금은 시행규칙 [별표 6]에 따라 활동지원급여의 4% 미만에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액이 됩니다.

※ 발달장애인 주간활동서비스나 방과후활동 서비스의 경우 본인부담금이 없습니다.

#### 4. 서비스 개시 및 이용

사회서비스 이용권(국민행복카드) 수령 후 지정된 계좌에 본인부담금을 납부하면 다음달 1일부터 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 장애인활동지원급여 이용 시 월 한도액 범위 내에서 활동보조, 방문목욕, 방문간호 이용이 가능하며, 이를 초과하는 비용은 본인이 부담합니다.
- 장애인활동지원 수급자인 발달장애인이 주간활동서비스 수급자가 되는 경우 장애인활동지원급여가 일부 감액될 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 바우처 포인트는 영아 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(기저귀 또는 기저귀와 조제분유(조제이유식 포함))을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 구매처에서는 '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.

※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 “전자바우처 홈페이지([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr))” 또는 “국민행복카드 해당 카드사 콜센터”에서 확인할 수 있습니다.

- 여성청소년 생리용품 지원사업의 바우처 포인트는 여성청소년 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 '여성청소년 생리용품 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(생리대)을 국민행복카드(신청서 상의 신청인, 청소년 본인 명의의 국민행복카드)로 구매하실 수 있습니다.

- 여성청소년 생리용품 지원사업의 구매처에서는 '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.

※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 “전자바우처 홈페이지([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr))” 또는 “사회보장정보원 콜센터(1566-3232)”에서 확인할 수 있습니다.

#### 5. 지원제한

지역사회서비스투자사업은 1인당 연간 2개 서비스까지 지원받을 수 있습니다.

#### 6. 이용자 준수사항

- 사회서비스 이용권은 반드시 이용자 본인이 보관·관리하여야 하며, 제공인력 또는 제3자가 소지하게 해서는 안됩니다.
- 서비스 이용도중 신청자격의 변동이 발생한 경우에는 즉시 시·군·구(읍·면·동 주민센터)에 신고해야 하며, 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 서비스 제공이 중단되거나 부당하게 지급받는 서비스 비용이 환수될 수 있습니다.
- 사회서비스 이용권을 위법·부당하게 이용한 경우 법에 의거 형사 처벌을 받을 수 있습니다.
- 지역사회서비스투자사업, 가사·간병방문지원사업, 발달장애인 주간활동 및 방과후활동서비스·발달장애인 부모 상담 지원사업은 연속하여 2개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우 자격이 시·군·구청장 직권으로 중지될 수 있습니다.
- 발달장애인 부모 상담 지원사업은 1인당 12개월 지원을 기본으로 하며, 예외적으로 1회(12개월) 연장하기 위해서는 서비스 종료 최소 1개월 전에 해당 시·군·구에 연장을 요청해야 하며, 지원 연장여부와 상관없이 대상자로 선정되어 서비스를 제공받은 후 서비스가 종료된 자는 종료일로부터 2년간 서비스 재이용이 불가합니다.
- 이용자 신고내용, 행정기관 확인조사 결과, 사회서비스 이용권 제공계획 변경 등에 따라 이용자 자격 또는 서비스 내용이 변경될 수 있습니다.
- 장애인활동지원 수급자격을 갱신하고자 할 경우에는 이용권 유효기간이 끝나기 90일 전부터 30일 전까지의 기간에 특별자치시·특별자치도·시·군·구에 신청하여야 합니다.
- 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제3항에 따라 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에 입소한 경우, 금고 이상의 실형을 선고 받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」의 교정시설, 「치료감호 등에 관한 법률」의 치료감호시설에 수용중인 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속된 경우 및 「의료법」 제3조의 의료기관에 30일을 초과하여 입원 중인 경우, 「장애인복지법」 제32조의3에 따라 장애인등록이 취소된 경우 및 다른 법령에 의

## VII. 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

하여 활동지원급여와 비슷한 급여를 받는 경우에는 활동지원급여 제공이 중단되며, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제1항 및 제2항에 의거 활동지원급여를 받고 있거나 받을 수 있는 사람이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 수급자로 선정 된 경우와 제42조 및 제43조에 따른 자료의 제출 및 질문·검사요구를 거부·방해·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우에는 활동지원급여가 중단됩니다.

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 지원을 받는 기간 동안 차상위계층 등 보유자격의 상실, 영아의 사망, 연락처 변경 등 인적사항에 변동이 있을 경우 14일 이내에 보건소로 신고하여야 하며, 변동 내용에 따라 지원금액 또는 부가 서비스 수혜 여부 등에 변동이 있을 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업을 통해 구매한 기저귀 및 조제분유는 동 가정의 영아양육에만 사용되어야 하며, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 생리용품 지원사업의 지원을 받는 기간 동안, 청소년의 사망, 수급자 자격 변동 등 지원자격 변동사항이 있는 경우 14일 이내 읍면동주민센터로 신고하여야 하며, 변동내용에 따라 바우처 포인트 사용이 정지될 수 있습니다.
- 여성청소년 생리용품 지원사업을 통해 구매한 생리대 등 생리용품을, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 생리용품 구매 시 기저귀 또는 조제분유를 함께 구매할 경우 각각 나누어 별도 결제하여야 여성청소년 생리용품 바우처 포인트를 지원 받을 수 있습니다.
- 발달재활서비스는 연속하여 6개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우, 언어발달지원사업은 연속하여 3개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우, 시·군·구청장 직권으로 자격이 중지될 수 있습니다.(단, 시·군·구청장이 인정하는 경우 등 정당한 사유가 있을 시 제외)

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 개별제한구역 생활비용 보조 지급대상자로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하께서는 전년도 1월 1일부터 12월 31일까지 지출한 생활비용 지출내용을 항목별로 아래와 같이 기재한 후 증빙 서류를 첨부하여 신청 기관에 제출하여 주시기 바랍니다.

| 지 출 항 목 | 금 액(원) |
|---------|--------|
| 합 계     |        |
| 학 자 금   |        |
| 전 기 료   |        |
| 건강보험료   |        |
| 정보·통신비  |        |
| 기 타     |        |

3. 제출된 지출서류를 심사한 후 60만원 ~ 100만원 한도로 귀하께서 신청시 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 연금은 환수되고, 형사 처벌 받으실 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 아이돌봄 서비스 지원대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

\* 0. 1세의 경우 부모급여(현금)를 대신하여 종일제아이돌봄서비스 정부지원금을 수급합니다. 부모급여(현금)과 종일제아이돌봄서비스 정부지원금 간 차액이 발생하는 경우 현금으로 지급됩니다. 종일제 아이돌봄서비스 이용을 중단하고 다시 부모급여(현금), 보육료 수급을 희망하시는 경우에는 급여변경신청을 하셔야 합니다.

| 급여대상자        | 생년월일 | 서비스유형 | 지원유형 | 보장기간/지원시간 |
|--------------|------|-------|------|-----------|
| 개인별 성명 전체 명시 |      |       |      |           |
|              |      |       |      |           |
|              |      |       |      |           |
|              |      |       |      |           |

2. 아이돌봄 서비스 이용을 위해서는 신청인 명의의 국민행복카드가 필요하며 서비스 이용 신청은 아이돌봄 홈페이지(<https://idolbom.go.kr>)에서 하실 수 있습니다.
3. 서비스 실시기간 중 서비스 신청자격과 관련한 변동사유 발생 시 즉시 시·군·구(읍·면 사무소 또는 동 주민센터) 또는 제공기관에 신고하여야 하며 변동사유에 따라 서비스 내용이 변경 또는 중지될 수 있음을 알려 드립니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 금액은 환수되고, 형사 처벌을 받을 수 있습니다.

5. 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준 초과, 여성가족부 및 시도·시군구가 규정한 '서비스 이용 준수사항' 위반 시 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.

1. 귀하는 타법 의료급여 지원대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

| 신청인과의관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 보장유형 | 급여개시일 |
|---------|--------------|------|------|-------|
|         | 개인별 성명 전체 명시 |      |      |       |
|         |              |      |      |       |
|         |              |      |      |       |
|         |              |      |      |       |

2. 의료급여대상자로 선정되신 분께는 의료급여증이 발급되며, 의료급여기관에서 의료급여를 받을 때에는 의료급여증과 주민등록증, 운전면허증, 여권 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류를 제시하여야 합니다.
3. 의료급여수급권자는 우선 제1차 의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 하며, 진료 후 필요한 경우에 의료급여의뢰서를 발급 받아 상급 의료급여기관을 이용할 수 있습니다.(노숙인 등은 노숙인 진료시설로 지정된 의료급여기관에 의료급여 신청)
4. 의료급여수급권자가 의료급여를 받을 수 있는 일수는 다음 각 질환별 연간 365일이며, 불가피하게 상한일수를 초과 하여 의료급여를 받아야 할 때에는 사전에 시장·군수·구청장으로부터 연장승인을 받아야 합니다.
- 보건복지부장관이 고시하는 희귀난치성질환 및 중증질환 각 질환별 연간 365일
  - 10개 만성고시질환 각 질환별 연간 365일
  - 희귀질환 및 중증난치질환 및 10개 만성고시질환에 해당하지 않은 기타 질환을 모두 합하여 연간 365일
5. 의료급여증은 다른 사람에게 빌려주어서는 안되며, 빌려준 경우 관련규정에 따라 처벌을 받게 됩니다.
6. 수급권자의 소득·재산 및 근로능력에 변동이 있는 경우 의료급여의 내용 등이 변경될 수 있으며, 수급권자에게 급여가 필요 없게 되거나 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 의료급여가 중지 됩니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 차상위계층으로 결정되었음을 알려드립니다.

| 신청인과의관계 | 차상위 계층       | 생년월일 |
|---------|--------------|------|
|         | 개인별 성명 전체 명시 |      |
|         |              |      |
|         |              |      |
|         |              |      |

2. 귀하는 차상위 계층을 대상으로 하는 각 부처 및 지자체 등의 사업에서 요구하는 자격요건에 해당하는 경우에, 그에 따른 복지혜택을 받을 수 있습니다. 지원가능 사업에 대해서는 관할 시·군·구나 읍·면·동에 문의하여 주시기 바랍니다.
3. 거주지역, 세대구성, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 차상위계층 확인서를 발급받은 이후에도 자격대상자 선정기준을 초과할 시에는 자격이 중지될 수 있습니다.

1. 귀하는 보호종료아동 자립수당 지급대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

2. 귀하의 지급 예정 보호종료아동 자립수당 급여액 및 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

| 급여대상자 | 생년월일 | 지급금액 | 금융기관 | 계좌번호 | 급여개시일 |
|-------|------|------|------|------|-------|
|       |      |      |      |      |       |

3. 보호종료아동 자립수당은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 20일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 단, 지급일이 공휴일 또는 토·일요일인 경우 그 전일에 지급 가능하며 각 지자체별로 다를 수 있습니다.

※ 보호종료일을 포함한 60일 이내 신청 시 보호종료일이 속하는 달부터 소급하여 지급합니다.

4. 보호종료아동 자립수당 지급 아동은 수급권 상실·정지·변경 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
  - 상실 : 사망, 국적 상실, 국외 이주, 난민인정 취소 등
  - 정지 : 교정시설 입소, 행방불명, 국외 체류기간이 90일 이상 지속된 경우, 거주 불명 등록된 경우 등
    - ※ 국외체류 90일 이상 지급 정지 예외 사유 : 인턴, 해외유학 등 자립에 기여하는 경우  
(단, 공적자료로 증빙 가능한 경우에만 인정)
  - 변경 : 거주지 변경, 지급계좌 변경 등
5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수됩니다.
6. 보호종료아동 자립수당 수급권자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 「보호종료아동 자립수당 수급자 확인서」를 함께 제출하여 압류방지통장을 개설할 수 있으며, 개설 후 아동 주소지의 읍·면·동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

1. 귀하는 부모급여(현금) 지급대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

| 신청인과의 관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 보장급여     | 보장기간 |
|----------|--------------|------|----------|------|
|          | 개인별 성명 전체 명시 |      | 부모급여(현금) |      |
|          |              |      |          |      |
|          |              |      |          |      |

2. 부모급여(현금)은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 25일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 단, 지급일이 공휴일 또는 토·일요일인 경우 그 전일에 지급 가능하며 각 지자체별로 다를 수 있습니다.
  - ※ 출생자의 경우에는 예외적으로 출생신고일로부터 60일 이내 신청 시 출생월로 소급하여 지원합니다.
3. 부모급여 지급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 「아동수당법」 제13조제1항제1호 의해 해당 기간동안 부모급여 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
4. 부모급여를 지급받거나 관리하고 있는 보호자는 「아동수당법」 제15조(신고)에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 30일 이내에 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
  - 중지 : 사망, 국적상실, 국외이주 등
  - 변경 : 보호자의 변경, 서비스 변경, 지급계좌 변경, 기타 정지사유 소멸
  - 정지 : 행방불명 신고 후 30일이 경과한 자, 실종선고가 진행 중인 자, 해외체류기간이 90일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)
5. 부모급여(현금)↔부모급여(보육료, 종일제 아이돌봄서비스)로 자격변경 시 반드시 자격변경 신청이 필요합니다.
  - 부모급여(현금), 부모급여(보육료), 부모급여(종일제 아이돌봄서비스)은 상호 중복지원이 불가합니다(차액 지원 및 서비스 미이용에 따른 소급 지급은 가능).
6. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수되고 과태료가 부과될 수 있습니다. 또한 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 수당을 지급받은 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처합니다.
7. 부모급여(현금) 수급권자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 부모급여 수급자 확인서를 함께 제출하여 압류방지통장을 개설할 수 있으며, 개설 후 아동주소지의 읍·면·동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

1. 귀하는 부모급여(현금) 지급대상자로 결정 되었음을 알려드립니다. 또한 만2세 연령 도래에 따라 부모급여(현금) 자격이 중지되고 가정양육수당 지급대상자로 자격이 자동 변경되었음을 알려드립니다.

| 신청인과의 관계 | 급여대상자        | 생년월일 | 보장급여     | 보장기간 |
|----------|--------------|------|----------|------|
|          | 개인별 성명 전체 명시 |      | 부모급여(현금) |      |
|          |              |      | 가정양육수당   |      |
|          |              |      |          |      |

2. 귀하가 사전에 신청하신 부모급여(현금)은 신청한 날이 속하는 달부터 만 23개월에 속하는 달까지 소급하여 귀하께서 지정한 계좌로 일시에 입금될 예정입니다.

- 또한, 결정 당시 아동의 만 2세 연령 도래에 따라 부모급여 자격은 자동 중지되며, 가정양육수당으로 별도 신청 없이 부모급여(현금) → 가정양육수당으로 자동 전환되었음을 알려드립니다.
- 3. 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 「영유아보육법」 제34조의2에 의해 해당 기간동안 양육수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
- 4. 보육료, 유아학비, 가정양육수당, 종일제 아이돌봄서비스간 중복지원은 불가하며 서비스 변경이용 시 반드시 서비스 신청이 필요하며, 해당 자격신청 누락으로 인한 소급지원은 불가합니다.
  - 어린이집 연장보육반 수급 아동이 부모의 취업 여부 등 연장보육반 자격 인정 요건에 변동이 생긴 경우 또는 가정양육수당 수급 아동의 어린이집 입소, 유치원(특수학교 포함) 입학, 종일제 아이돌봄서비스 이용 등 가정양육수당 수급 인정 요건에 변동이 생긴 경우에는 반드시 그 사실을 관할 읍·면·동 주민센터에 알려야 하며, 변경 사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 관련 법령에 의거 부당하게 지급받은 금액은 환수될 수 있고 처벌을 받을 수 있습니다.
- 5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수되고 과태료가 부과될 수 있습니다. 또한 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 수당을 지급받은 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처합니다.

1. 귀하는 첫만남이용권 지급대상자로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급 예정 첫만남이용권 급여액은 아래와 같습니다.

<바우처 지급>

| 보호자      |                            | 지급대상자    |                 |      | 이용권 유효기간 | 이용권 지급금액 |
|----------|----------------------------|----------|-----------------|------|----------|----------|
| 신청인과의 관계 | 성명                         | 신청인과의 관계 | 성명              | 생년월일 |          |          |
|          | 개인별 성명<br>전체 명시            |          | 개인별 성명<br>전체 명시 |      |          |          |
|          | ※ 신청인과<br>보호자가 다를<br>경우 기재 |          |                 |      |          |          |
|          |                            |          |                 |      |          |          |
|          |                            |          |                 |      |          |          |

<현금지급>

| 지급대상자 성명 | 생년월일 | 금융기관 | 계좌번호 | 지급금액 | 입금일 | 비고 |
|----------|------|------|------|------|-----|----|
|          |      |      |      |      |     |    |

3. 첫만남이용권 발급 안내

- 첫만남이용권을 이용하기 위해서는 신청 시 등록한 카드사의 보호자 명의 「국민행복카드」가 필요합니다.
  - ※ 이미 국민행복카드를 보유하고 계신 분은 기존 카드로 금번에 대상자로 결정된 서비스를 이용하실 수 있습니다.
- 단, 예외적인 경우(시설보호아동 등) 첫만남이용권을 현금으로 지급 가능합니다.
- 국민행복카드를 보유하고 있지 않은 분은 카드사\* 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, 홈페이지 접속 또는 콜센터에 전화하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.
  - \* BC카드( IBK기업은행, NH농협, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 신한은행, 수협은행, 우리카드, 제주은행, 우체국, 하나은행), KB카드(KB카드, 전북은행), 롯데카드, 삼성카드, 신한카드
- 궁금한 사항은 한국사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축 4번) 또는 보건복지상담센터(129)로 문의하시기 바랍니다.

4. 서비스 개시 및 이용

- 첫만남이용권 신청 시 등록된 1개 카드에만 바우처 이용권(포인트)을 지급, 생성합니다.(생성 후 이용가능)
- 첫만남이용권의 바우처 포인트는 영아 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 유흥업소·사행업소 및 관련 유형으로 분류된 업종 등을 제외한 전 업종에서 국민행복카드를 이용하실 수 있습니다.
- 구매금액이 통지서에 명시된 이용권 지급액을 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.
- 사용기간은 아동 출생일로부터 1년이며 1년을 초과하는 경우 미사용 이용권은 자동으로 소멸됩니다.
- 사용기간 종료 후 첫만남이용권 바우처가 사용된 결제건을 취소하는 경우, 취소된 이용권 금액은 복원되지 않습니다.
- 첫만남이용권과 타 바우처(기저귀·조제분유, 여성청소년 생리대 등)를 동시에 받으시는 경우 타 바우처 이용권이 우선 차감되며, 첫만남이용권을 사용하기 위해서는 각각 결제하여야 합니다.



☞ 중복수혜 대상자 결제 유형별 예시

- 사례 1 : 판매점에서 기저귀(또는 타 바우처) 2만원 구입(결제) 시
  - (기저귀 바우처 잔액 1만원인 경우) 기저귀 바우처 1만원 차감 후, 초과 분 1만원 개인부담
  - (기저귀 바우처 잔액 0원인 경우) 첫만남이용권 2만원 차감(초과 분 개인부담)
- 사례 2 : 판매점에서 기저귀(또는 타 바우처) 2만원과 생필품 1만원 동시에 구입(결제) 시
  - (기저귀 바우처 잔액 2만원인 경우) 기저귀 바우처 2만원 차감 후, 생필품 1만원은 개인부담
    - ※ 기저귀 2만원, 생필품 1만원을 각각 결제하는 경우 생필품 1만원은 첫만남이용권에서 차감 가능
  - (기저귀 바우처 잔액 0원인 경우) 첫만남이용권으로 기저귀, 생필품 3만원 차감(초과 분 개인부담)
- 사례 3 : 판매점에서 생필품 3만원 구입(결제) 시
  - 기저귀 바우처 유무에 관계 없이 첫만남이용권으로 생필품 3만원 차감(초과분 개인부담)

※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 “전자바우처 홈페이지([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr))” 또는 “국민행복카드 해당 카드사 콜센터” 에서 확인할 수 있습니다.

5. 이용자 준수사항

- 첫만남이용권은 출생 초기 아동양육에 따른 경제적 부담 경감을 목적으로 하는 바, 반드시 이러한 목적하에 이용권을 사용해 주시기 바랍니다.

| [ ] 대 상 제 외 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |  |            |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|------------|
| 신 청 내 용     | 보 장 구 분                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |  | 급여 · 서비스내용 |
| 대 상 제 외 사 유 | [ ] 소득인정액이 선정기준 초과                                                                                                                                                                                                                                                                                          | [ ] 부양의무자의 부양능력 있음 |  |            |
|             | [ ] 수급자격심의결과 수급자격 미인정                                                                                                                                                                                                                                                                                       | [ ] 기타( )          |  |            |
| 안 내         | 1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사·심의한 결과 위와 같은 사유로 사회보장급여의 실시 대상에서 제외된 것으로 결정되었습니다.<br>2. 이후 소득·재산, 부양의무자, 장애, 질병, 거동불편 등 개인 또는 가구여건 등의 변화 등의 변동으로 생활이 어려워져 사회보장급여가 필요할 경우(저소득층 기저귀 교체분유 지원의 경우 영아가 24개월 미만일 경우, 여성청소년 생리용품 지원의 경우 여성청소년이 만9세 이상 만24세 미만일 경우)에는 다시 신청하실 수 있으며, 보장기준에 적합할 시는 사회보장급여를 제공 받을 수 있음을 알려드립니다. |                    |  |            |

| [ ] 변경 · 정지 · 중지 · 상실 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |      |     |
|-----------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|-----|
|                       | 일자 | 년                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 월 | 일 부터 | 내 용 |
| [ ] 변 경               | 사유 | [ ] 아동보호를 위한 보호자변경<br>[ ] 소득·재산·임대차계약·근로능력 변동<br>[ ] 가구원의 사망·출생·현역입대·교정시설 수용 등의 가구원 변동<br>[ ] 가구원의 전·출입 등 거주지 변동 등<br>[ ] 조제분유 추가지원<br>[ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |      |     |
| [ ] 정 지               | 사유 | [ ] 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우<br>[ ] 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우<br>[ ] 해외체류기간 90일 이상 지속된 경우(기초연금, 장애인연금의 경우 60일 이상)<br>[ ] 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)<br>[ ] 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우<br>[ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                         |   |      |     |
| [ ] 중 지               | 사유 | [ ] 소득인정액이 선정기준 초과 [ ] 부양의무자의 부양능력 있음<br>[ ] 보장시설입소, 교정시설 수용 등 주거실태의 변동<br>[ ] 최근 6개월간 통산 90일초과 해외체류(기초생활보장 수급자의 경우 조사를 시작한 날부터 역신하여 180일까지 통산하여 60일을 초과하여 외국에 체류하고 있거나 체류했던 사람, 장애인활동지원수급자의 경우 해외체류기간 60일 이상, 유아학비의 경우 해외체류기간 31일 이상)<br>[ ] 보호대상자의 급여 중지 요청<br>[ ] 보장기관 등의 자료제출 요구 및 조사를 거부·기피·방해하거나 거짓 자료를 제출한 경우<br>[ ] 장애인활동지원수급자가 의료기관에 30일을 초과하여 입원중인 경우<br>[ ] 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 유사한 급여를 받는 경우<br>[ ] 발달장애인 주간활동 및 방과후활동 서비스를 2개월 연속 이용하지 않은 경우<br>[ ] 지급받은 임차료를 타 용도로 사용하여 3월이상 월차임을 연체<br>[ ] 기타( ) |   |      |     |
| [ ] 상 실               | 사유 | [ ] 사망 [ ] 「기초연금법」 제3조제3항, 「장애인연금법」 제4조제3항에 따른 직역연금 수급권 발생<br>[ ] 「아동수당법」 제4조제1항에 따른 아동의 수급연령 초과(생후 96개월이 되는날)<br>[ ] 부모급여 수급연령 초과(생후 24개월이 되는날)<br>[ ] 국적상실 [ ] 국외이주 [ ] 소득·재산 등 선정기준 초과<br>[ ] 장애정도의 변경으로 장애정도가 심한 장애인(장애인활동지원 수급자의 경우 장애인 등록이 취소된 경우)에 미해당<br>[ ] 「난민법」 제18조에 의한 난민인정자 중 난민인정이 취소 또는 철회된 자<br>[ ] 기타( )                                                                                                                                                                                     |   |      |     |

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

비 고

※ 처리기한 경과사유 등

1. 사회보장급여 신청(변경) 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담 하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.
2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다.
  - 1) 기초생활보장 : 통지를 받은 날로부터 90일 이내 해당 보장기관을 거쳐 시·도지사(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감의 처분에 대한 이의신청은 특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감을 말함)에게, 시·도지사 또는 시·도교육감의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 90일 이내에 보건복지부장관, 국토교통부장관 또는 교육부장관에게 서면 또는 구두로 신청
  - 2) 한부모가족, 장애인복지, 장애인활동지원, 영유아보육, 유아학비 : 결정 통지받은 날로부터 90일 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
  - 3) 장애인연금 : 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
  - 4) 기초연금 : 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 또는 국민연금공단에 신청
  - 5) 아동수당 : 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
  - 6) 사회서비스이용권(바우처) : 결정 통지받은 날로부터 60일 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청(저소득층 기저귀 조제분유 지원의 경우 20일 이내, 여성 청소년 생리용품 지원의 경우 20일 이내)
  - 7) 차상위계층 확인 : 시장·군수·구청장의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내 해당 시장·군수·구청장을 거쳐 시·도지사에게, 특별자치시장·특별자치도지사·시·도지사의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내에 보건복지부장관에게 구두 또는 서면으로 신청
  - 8) 다른 법률에 규정이 없는 경우 「민원처리에 관한 법률」 제35조에 의해 결정을 통지 받은 날로부터 60일 이내 처분청에 이의신청을 할 수 있습니다.
3. 위 결정사항에 대해서 이의신청과는 별도로 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(결정이 있었던 날부터 180일 이내) 특별자치시장·특별자치도지사·시·도지사 소속 행정심판위원회에 서면 또는 온라인([www.simpan.go.kr](http://www.simpan.go.kr))으로 행정심판을 제기할 수 있습니다.
4. 수급기간 중 인적사항 및 소득·재산 변동, 지급정지 사유의 소멸 등 변동사항 발생 시 시·군·구(읍·면·동)에 신고하시기 바랍니다.

년 월 일

담당자 : 직급

성명

문의 전화번호

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감

직인

[서식 6호] 사업운영 자체 서식  사회보장급여 결정 통지서의 별지 안내문 - 1

**저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 이용 안내문**

1. 바우처 지원 결정통지를 받은 이용자에게는 결정통지가 된 다음날, 이용자 본인 소유의 국민행복카드에 3개월 단위로 바우처 포인트가 지급됩니다(기저귀 월 9만원, 조제분유 월 11만원).
2. 바우처가 지급된 날부터 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(기저귀 또는 기저귀와 조제분유(조제 이유식 포함))을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.  
※ 시중에 판매되고 있는 죽 형태의 이유식(기타 영유아식) 등은 조제이유식에 포함되지 않아 **결제 불가능**
3. '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 외의 품목을 구매하거나 지급된 포인트를 초과하여 구매할 경우 그 초과액은 본인이 부담하여야 하므로, 개인별 바우처 잔액 현황 등을 수시로 확인하시기 바랍니다.

※ 바우처 잔액, 사용기간 등 확인 방법

- 바우처 잔액, 지원만료기간 등 문자알림서비스 : 바우처 생성시(3개월)마다 및 사용만료 1~2개월 전(1회) 실시 (통신 및 연락처 오류·수신거부 등으로 문자가 수신되지 않을 수 있으며, 문자수신 연락처 변경 시 즉시 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소(또는 주민센터)로 변경 신청하여야 문자서비스를 받으실 수 있습니다.)
- 사회서비스 전자바우처 포털([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr)) 마이페이지 또는 국민행복카드 해당 카드사 콜센터

4. 정부지원금 결제가 가능한 구매처는 국민행복카드와 가맹계약을 체결한 곳으로, 각 카드사(BC, 삼성, 롯데, KB국민, 신한)별 구매처를 반드시 확인하신 후 구매하시기 바랍니다(**카드사별 구매처가 다름에 유의**).

〈 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 바우처 결제 가능 구매처 〉

| 국민행복<br>카드사 | 구 매 처                             |                                                                                       |
|-------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|             | 온라인(인터넷)                          | 오프라인(마트)                                                                              |
| BC카드        | 지마켓, 옥션, 우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑, 우리WON마켓 | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프레스<br>노브랜드, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,나들가게                     |
| 삼성카드        | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰                  | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드, GS25편의점, GS더프레스,<br>홈플러스, 홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓, 세븐일레븐 |
| 롯데카드        | 띵샵                                | 롯데마트, 롯데빅마켓<br>홈플러스, 홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프레스, 세븐일레븐                              |
| 국민카드        | 국민행복몰                             | GS25편의점                                                                               |
| 신한카드        | 국민행복몰                             | GS25편의점                                                                               |

- 이마트 에브리데이 및 롯데슈퍼 사용 불가

- 나들가게 지정점 현황은 '나들가게 홈페이지([www.nadle.kr](http://www.nadle.kr)) → 우리동네 나들가게 → 기저귀조제분유 바우처 점포'에서 확인

5. 보건소에서 이용자에게 발급한 "사회보장급여 결정 통지서"에 명시되어 있는 **"이용권 유효기간"이 종료되는 날의 다음날부터 바우처가 소멸되어 사용이 불가능**하오니, 이용에 차질이 없도록 유의하여 주시기 바랍니다.
6. 결제 취소시 바우처 포인트는 2~3일 후에 복원되므로 복원 전 결제시 본인부담으로 진행될 수 있으며, 과실 또는 부주의로 소멸된 바우처는 복원되지 않으니 주의하시기 바랍니다.
7. 본 사업의 지원을 통해 구매한 기저귀 및 조제분유는 대상 가정의 영아 양육에만 사용되어야 하며, **다른 용도나 방법으로 사용할 경우 지원금 전액이 환수 조치**될 수 있습니다. 또한, 바우처로 구매한 기저귀·조제분유를 제3자에게 판매하여 대가를 취득하는 행위는 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조 제1항 중 '속임수 등의 부정한 방법으로 사회보장급여를 받거나 타인에게 받게 한 경우'에 해당하여 지원금 환수 등의 조치 및 동법 제54조 제3항의 벌칙(징역, 벌금)이 적용될 수 있습니다. 이 경우 **수급자격이 취소되고 잔여 지원기간 동안 재신청이 불가**함을 알려드립니다.

[서식 7호] 사업운영 자체 서식  사회보장급여 결정 통지서의 별지 안내문 - 2

## 저소득층 기저귀·조제분유 온라인 쇼핑몰 결제방법 안내

〈 ‘저소득층 기저귀·조제분유 지원사업’ 바우처 결제 가능 구매처 〉

| 국민행복카드사 | 구 매 처                             |                                                                                      |
|---------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 온라인(인터넷)                          | 오프라인(마트)                                                                             |
| BC카드    | 지마켓, 옥션, 우체국쇼핑몰<br>페이북쇼핑, 우리WON마켓 | 이마트, 이마트트레이더스<br>GS25편의점, GS더프레스<br>노브랜드, 홈플러스,<br>홈플러스익스프레스,나들가게                    |
| 삼성카드    | 삼성카드쇼핑몰<br>국민행복몰                  | 이마트, 이마트트레이더스,<br>노브랜드,GS25편의점, GS더프레스,<br>홈플러스, 홈플러스익스프레스<br>부츠(boots), PK마켓, 세븐일레븐 |
| 롯데카드    | 띵샵                                | 롯데마트, 롯데빅마켓<br>홈플러스, 홈플러스익스프레스<br>GS25편의점, GS더프레스, 세븐일레븐                             |
| 국민카드    | 국민행복몰                             | GS25편의점                                                                              |
| 신한카드    | 국민행복몰                             | GS25편의점                                                                              |

· 이마트 에브리데이 및 롯데슈퍼 사용 불가

※ 옥션

- ① 좌측 전체카테고리 > 식품 마트 유아 - 출산/육아 - 기저귀/분유/이유식 > 기저귀 혹은 분유 선택 후 상품 선택
- ② 결제수단 선택 > 신용/체크카드 > 카드선택에서 비씨카드 선택 > 바우처결제(기저귀/분유)선택

[화면]

### 바우처 결제, 이렇게 하세요

01

원하시는 기저귀 혹은 분유 상품 선택

(묶음주문은 결제 불가하며 1개의 상품만 선택해 주세요.)



02

BC카드를 선택하여 바우처 결제 옵션을 클릭



03

결제완료



※ G마켓

- ① 좌측 전체카테고리 > 유아동 - 출산/육아 > 기저귀 혹은 분유 선택 후 상품 선택
- ② 결제수단 선택 > 다른결제수단 > 카드선택에서 비씨카드 선택 > 바우처결제(기저귀/분유)선택

02 BC/우리 카드를 선택하여  
바우처 결제 옵션을 클릭

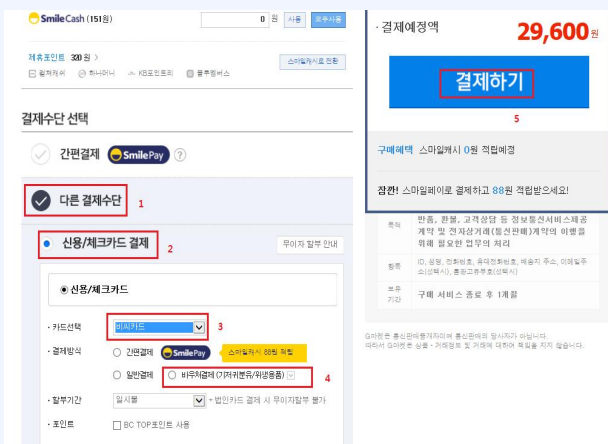
[화면]

**01** 원하시는 기저귀 혹은  
분유 상품 선택

육음주문은 결제 불가하며 1개의  
상품만 선택 해 주세요.



**02** BC 카드를 선택하여바우처 결제 옵션을 클릭



- 배송비는 바우처로 결제되지 않음

단, 배송지역이 제주인 경우 배송비(도선료) 발생으로 바우처로 결제되지 않음

※ 우체국쇼핑

① 좌측 전체카테고리 > 스포츠/레저/유아동 > 복지부 물품 바우처 또는 바우처기저귀/분유 선택



② 물품 선택 > 주문하기 > 결제정보선택 > 신용카드(일반) > 카드종류(BC국민행복카드) 선택

STEP 4. 결제정보 선택

|      |                                           |                             |                             |                             |
|------|-------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 일반결제 | <input checked="" type="radio"/> 신용카드(일반) | <input type="radio"/> 무통장입금 | <input type="radio"/> 계좌이체  | <input type="radio"/> 휴대폰결제 |
| 간편결제 | <input type="radio"/> 11페이                | <input type="radio"/> 페이코   | <input type="radio"/> 카카오페이 | <input type="radio"/> 페이나우  |
|      | <input type="radio"/> 마켓페이                |                             |                             |                             |
| 복합결제 | <input type="radio"/> 신용카드 + 신용카드         |                             |                             |                             |

신용카드 결제정보

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| 카드종류                                                       | BC국민행복카드 ▼ |
| <div>계류카드 및 카드 무이자 할부 안내</div> <div>인터넷안전결제(ISP)안내 ▼</div> |            |

※ 삼성카드 쇼핑물

물품 선택(국민행복바우처상품) > 결제수단 선택 > 국민행복카드 바우처결제(기저귀/분유) 선택체크  
- 바우처 결제시 바우처 한도차감 안내문구 팝업

[화면1]



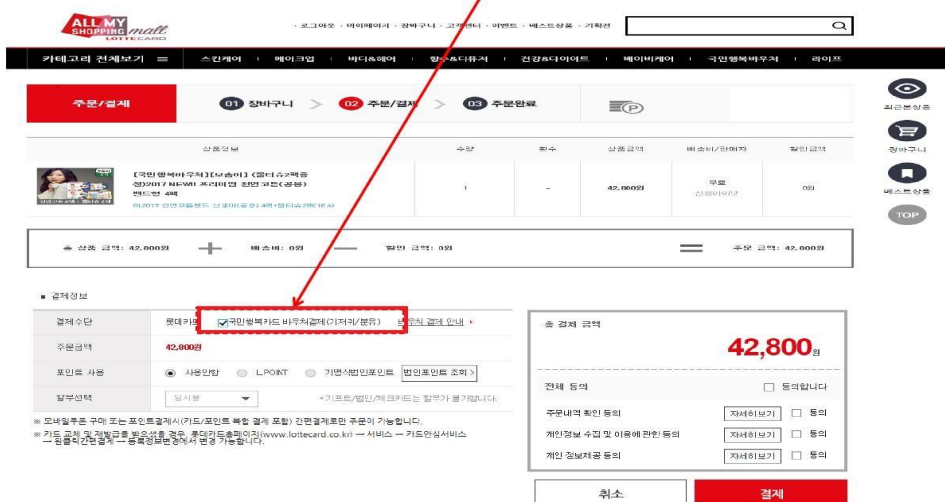
[화면2]



※ 롯데 올마이쇼핑물

- ① 올마이쇼핑물에 접속(<https://shop.lottecard.co.kr>) > 카테고리 “국민행복바우처” 클릭 > “국민행복 바우처”內 물품 선택
- ② 결제정보 > 국민행복카드바우처결제(기저귀/분유) 선택

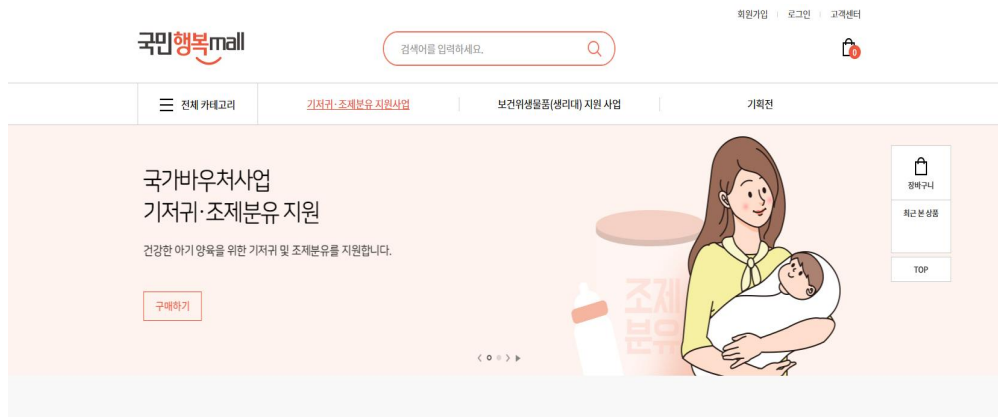
○ 결제정보에 “국민행복카드 바우처결제(기저귀/분유)” 체크 -> 결제완료





※ 국민행복몰

- ① [회원가입] 국민행복몰 접속(www.vouchermall.co.kr) > 회원가입(국민행복카드 정보입력 필수)
  - 카드등록(선택사항) 체크 안 할 경우 결제 시 마다 국민행복카드 정보 직접 입력 필요
- ② [구입] 카테고리 “기저귀·조제분유 지원사업” 클릭 > 상품 선택 > 장바구니 > 결제하기(결제수단 국민행복카드 선택 혹은 입력) > 구매완료



## [서식 8호] 이의신청서

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제12호서식] &lt;개정 2023.1.1&gt;

## 이의신청서

| 처리기간                      |     | 별도안내                                   |                       |
|---------------------------|-----|----------------------------------------|-----------------------|
| 신청인                       | 성 명 |                                        | 주민등록번호<br>(외국인등록번호)   |
|                           | 주 소 | (전화번호 : )                              |                       |
| 대리<br>신청인                 | 성 명 |                                        | 주민등록번호<br>(외국인등록번호 등) |
|                           | 주 소 | (전화번호 : )                              |                       |
| 처 분 내 용                   |     | [ ] 선정 [ ] 보장변경/중지/정지/상실 [ ] 환수 [ ] 기타 |                       |
| 처분이 있음을 안 연월일             |     | 년                                      | 월 일                   |
| 처분통지를 받은 경우<br>통지를 받은 연월일 |     | 년                                      | 월 일                   |
| 처분의 내용 또는<br>통지된 사항       |     |                                        |                       |
| 이의신청 취지 및 사유              |     |                                        |                       |

「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조, 「국민기초생활 보장법」 제38조, 「한부모가족지원법」 제28조, 「긴급복지지원법」 제16조, 「기초연금법」 제22조, 「장애인복지법」 제84조, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제36조, 「의료급여법」 제30조제1항, 「장애인연금법」 제18조, 「장애아동 복지지원법」 제38조, 「아동수당법」 제19조, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제12조제1항 및 「민원 처리에 관한 법률」 제18조에 따라 위와 같이 이의신청을 합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

## 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감 귀하

|      |                                                                                                                                               |           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 구비서류 | 1. 이의신청의 내용을 확인할 수 있는 서류 1부<br>2. 신청인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류<br>3. 위임장 및 대리인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류(기초연금, 장애인연금, 장애수당, 아동수당 관련 이의신청을 대리하는 경우에만 해당합니다) | 수수료<br>없음 |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

## 안내사항

1. 기초생활보장 및 차상위계층 확인서 발급의 경우 시장·군수·구청장(교육급여의 경우 시·도교육감)이 이의신청을 접수한 날로부터 10일 이내에 이의신청에 대한 의견서와 관계서류를 첨부하여 시·도지사(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감)에게 송부합니다.  
다만, ① 기초연금 결정에 대한 이의신청은 접수한 날로부터 30일 이내(단, 특별한 사유가 있는 경우에는 60일 이내), ② 의료급여 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 이의신청은 60일 이내(30일 범위 내 연장가능), ③ 한부모가족지원 및 장애인복지 관련 이의신청의 경우에는 30일 이내, ④ 장애인연금 결정 등에 대한 이의신청은 15일 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명할 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내), ⑤ 장애인활동지원원은 접수한 날로부터 60일 이내(30일 범위 내 연장가능), ⑥ 장애아동가족지원, 장애아가족양육지원 결정 등에 대한 이의신청은 15일 이내(단, 특별한 사유가 있는 경우에는 60일 이내), ⑦ 발달장애인 주간활동지원, 방과후활동지원 결정 등에 대한 이의신청은 접수한 날로부터 60일 이내, ⑧ 영유아보육지원원은 접수한 날로부터 30일 이내, ⑨ 아동수당지원 결정 등에 대한 이의신청은 접수한 날로부터 30일(단, 부득이한 사유가 있는 경우에는 60일 이내) 이내, ⑩ 사회서비스이용권 발급 관련 이의신청은 접수한 날로부터 15일 이내 결정통지 처리합니다.
2. 기초생활보장 및 차상위계층 확인서 발급의 경우 시·도지사는 시·군·구청장으로부터 이의신청서를 받았을 때(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감의 경우에는 직접 이의신청을 받았을 때를 말한다) 30일 이내에 처리합니다. 다만, 긴급복지지원 관련 이의신청의 경우 시·도지사는 시·군·구청장으로부터 이의신청을 송부 받은 날로부터 15일 이내에 처리합니다.
3. 다른 법률에 규정이 없는 경우 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조에 의해 처분을 받은 날로부터 90일 이내에 처분을 결정한 보장기관의 장에게 이의신청을 할 수 있으며, 이의신청을 받은 보장기관의 장은 접수한 날로부터 10일 이내에 처리합니다.

210mm×297mm(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡))



## 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 (Q&A)

### ■ 지원신청 절차

**Q** 1. 아직 영아 출생신고를 완료하지 않았습니다. 기저귀·조제분유 지원신청이 가능한가요?

**A** 불가능합니다. 바우처 지원을 받으려는 가구의 영아는 반드시 출생신고가 완료되어 주민등록번호를 받은 경우여야 합니다.

**Q** 2. 대상 영아의 부모가 건강 또는 직장 등의 사정으로 신청이 어려운 경우에는 할머니 등 친족의 대리신청이 가능한가요?

**A** 가능합니다. 영아를 양육하는 부모가 일시적인 사유로 신청이 어려운 경우에는 할머니 등 친족이 관계증빙서류(예. 가족관계증명서)를 지참하고 관할 보건소 또는 주민센터에 방문하여 대리신청 하실 수 있습니다.

**Q** 3. 시설 입소 영아가 기저귀 및 조제분유 지원을 받으려면 어떻게 해야 하나요?

**A** 영아가 입소한 시설의 장(대표자) 또는 근무자가 영아의 가구원으로 등록이 되어야 바우처를 사용할 수 있으며, 영아와의 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본, 시설아동증빙서류 등을 준비하여 신청하시면 지원이 가능합니다. 신청 후 영아가 바우처지원 대상자로 결정되면, 시설의 장(대표자) 또는 근무자는 국민행복카드를 발급받아서 대상 영아의 기저귀 조제분유 구입을 위해 바우처를 사용하실 수 있습니다.

Q

4. 대상 영아의 주양육자가 변경된 경우(예. 시설 아동이 가정 위탁으로 변경, 부모양육에서 시설 혹은 위탁가정으로 변경 등) 변경된 양육자가 영아의 바우처를 쓰도록 하려면 어떻게 해야 하나요?

A

우선 변경된 양육자가 국민행복카드를 발급받도록 안내하고, 공문으로 “주 양육자 변경으로 인한 카드 사용자 변경 요청”을 하여 변경된 양육자가 바우처를 사용 할 수 있도록 처리하여야 합니다. 한국사회보장정보원에서 공문 접수 후 변경된 양육자가 바우처를 사용할 수 있도록 변경처리 합니다. (공문 접수일부터 바우처 이관)

※ 양육자 변경시 서비스 중지처리하지 않도록 주의(서비스 중지처리시 바우처 소멸)

<공문발송 양식>

- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원
- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 주양육자 변경 및 카드사용자 변경 요청
- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 변경전 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계), 변경후 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계)
- 첨부파일: 현재 대상 영아의 주민등록등본(대상 영아와 카드 사용자의 관계 기재), 시설 입소 영아일 경우 입소확인서

Q

4-1. 대상 영아가 위탁가정에 전입신고 없이 바로 위탁\*되는 경우(예. 위기아동 으로 위탁가정에 전입신고 없이 신청) 변경된 양육자가 영아의 바우처를 쓰도록 하려면 어떻게 해야 하나요?

\* 근거: 아동복지법 제15조제6항 일시 위탁 보호 관련

A

Q4번의 경우와 같이 우선 변경된 양육자가 국민행복카드를 발급받도록 안내하고, 공문으로 “주 양육자 변경으로 인한 카드 사용자 변경 요청”을 하여 변경된 양육자가 바우처를 사용 할 수 있도록 처리해야 합니다. 다만, 위탁가정에 바로 위탁되는 위기아동의 경우, 양육자의 등본에 전입신고가 되어있지 않으므로, ‘위탁보호 확인서’와 ‘변경 후 양육자의 등본’을 반드시 첨부하여야 처리가 가능합니다.(바우처 이관 처리는 Q4번 절차와 동일)

※ 양육자 변경 시 서비스 중지처리하지 않도록 주의(서비스 중지처리 시 바우처 소멸)

<공문발송 양식>

- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원
- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 주양육자 변경 및 카드사용자 변경 요청
- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 변경전 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계), 변경후 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계)
- 첨부파일: 현재 대상 영아의 주민등록등본, 변경 후 양육자의 주민등록등본(대상 영아와 카드 사용자의 관계 기재), 위탁보호 확인서

**Q 5. 위탁가정 또는 시설에 입소한 영아가 지원기간 동안 입양될 경우, 어떻게 해야 하나요?**

**A** 입양으로 인해 보호자가 변경된 경우 보호자의 자격 확인 후 지원여부 결정합니다.

- 1) 해당 입양 아동 또는 그 가정이 지원 자격에 적합한 경우(기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격을 보유하거나 기준중위소득 80% 이하의 장애인·다자녀 가구에 해당), 신청·접수 담당자는 시스템 상 중지처리 하지 않고 바우처 지원 자격을 유지하여야 합니다. (보유 자격 관련 증명서 또는 확인서 조화·확인 및 인적사항 등 정보 변경 필요)  
아울러 변경된 양육자가 영아의 바우처를 사용할 수 있도록 국민행복카드를 발급받도록 안내 하고, 공문으로 “주 양육자 변경으로 인한 카드 사용자 변경 요청”을 하여 변경된 양육자가 바우처를 사용 할 수 있도록 처리하여야 합니다. 한국사회보장정보원에서 공문 접수 후 변경된 양육자가 바우처를 사용할 수 있도록 변경처리합니다. (공문 접수일부터 바우처 이관)

**<공문발송 양식>**

- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원
- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 주양육자 변경 및 카드사용자 변경 요청
- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 변경전 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계), 변경후 양육자(이름, 생년월일, 대상영아와의 관계)
- 첨부파일: 현재 대상 영아의 주민등록등본

- 2) 해당 입양 아동 또는 그 가정이 지원자격에 해당하지 않는 경우 지급 중인 바우처는 입양 시 중지 되어야 하며, 입양 후 입양가정이 향후 지원대상에 해당하게 되는 경우 재신청하여야 합니다.

**Q 6. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 아동의 경우 「의료급여법」에 따라 1종 의료급여(특례) 자격을 보유하고 있는데, 기저귀 및 조제분유 지원신청이 가능한가요?**

**A** 입양 아동이 보유하게 되는 1종 의료급여(특례)는 「의료급여법」상 자격이므로 해당 자격만으로는 기저귀 지원대상에 포함되지 않습니다. 다만, 해당 입양 아동 또는 그 가정이 1종 의료급여(특례) 자격 외에 국민기초생활보장법 상 기초생활보장, 차상위계층, 한부모가족 수급 자격을 보유하거나 기준중위소득 80% 이하의 장애인·다자녀 가구에 해당하는 경우 기저귀 및 조제분유를 동시에 신청하여 지원받을 수 있습니다.

**Q 7. 사회복지전산관리번호 부여 아동의 경우 기저귀·조제분유 지원 가능한가요?**

**A** 기저귀·조제분유 지원을 위해서는 아동의 월령 확인이 필요함에 따라 사회복지전산관리번호 만으로는 지원대상으로 결정하기 어려우며, 만 2세 미만 지원요건 해당 확인시 지원 가능합니다.

## ■ 바우처 사용

**Q** 1. 서비스 신청 당일부터 바우처 사용이 가능한가요?

**A** 아닙니다. 서비스 신청을 완료하셨더라도 지원대상으로 결정 통보된 날의 다음 날부터 사용할 수 있습니다.

**Q** 2. IBK기업은행 국민행복카드를 소지하고 있습니다. 국민행복카드를 추가로 발급 받아야 하나요?

**A** IBK기업은행 등 국민행복카드를 이미 발급받으신 분은 국민행복카드 추가 발급 없이 기존 국민행복카드 활용이 가능합니다.

**Q** 3. IBK기업은행과 우체국 국민행복카드를 소지하고 있습니다. 기저귀·조제분유 지원을 받으려면 어떤 카드로 결제해야 하나요?

**A** BC 국민행복카드면 어떤 카드로든 결제 가능합니다.  
기저귀·조제분유 지원신청을 통해, 기 발급받거나 발급될 예정인 BC 국민행복카드에 자동으로 기저귀·조제분유 기능이 추가됩니다.

**Q** 4. BC카드, 삼성카드 두 개의 국민행복카드를 소지하고 있는 경우, 어떤 카드로 결제해야 하나요?

**A** 두 개의 국민행복카드 모두 병행(바우처 공유)하여 사용할 수 있습니다.

**Q** 5. 영아의 어머니가 귀화하여 변경된 주민등록번호로 카드를 재발급 받았습니다. 어떻게 해야 하나요?

**A** 서비스 신청 당시의 주민등록번호가 아닌 변경된 주민등록번호로 카드를 재발급 받은 경우, 바우처 사용이 불가능합니다. 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소(또는 주민센터)를 방문하시어 주민등록번호 변경 신청을 해주셔야 사용이 가능합니다.

**Q 6. 바우처 카드를 재발급 받았는데 바로 사용이 가능한가요?**

**A** 아닙니다. 바우처 카드 재발급 신청 후 실물카드를 받으셨다 하더라도 재발급 신청 정보가 연계되는데 영업일 기준 2~3일 정도 소요되오니 그 이후 사용을 권장합니다.

**Q 7. 기저귀 지원 대상자입니다. 정부지원금으로 조제분유 구매가 가능한가요?**

**A** 불가능합니다. 기저귀만 지원받는 대상자는 기저귀 구매 시에만 정부지원금 사용이 가능하며, 국민행복카드로 조제분유를 구매할 경우 그 비용은 자동으로 대상자 개인에게 청구되오니 유의하시기 바랍니다.

**Q 8. 기저귀와 조제분유 동시 지원 대상자입니다. 조제분유 지원금액을 기저귀 구매에 사용해도 되나요?**

**A** 가능합니다. 기저귀와 조제분유를 동시에 지원받는 대상자는 지원금액 전부를 기저귀 또는 조제분유 구매에 자유롭게 이용할 수 있습니다. 예를 들어, 기저귀 및 조제분유 지원금액이 각각 월 9만원과 월 11만원이므로, 합계 월 20만원 범위 내에서 기저귀 또는 조제분유를 자유롭게 구매할 수 있습니다.  
다만, 20만원을 초과하여 구매한 금액에 대해서는 자동으로 대상자 개인에게 청구되오니 유의하시기 바랍니다.

**Q 9. 배송비도 바우처로 결제 가능한가요?**

**A** 옥션, G마켓 등 온라인 사이트를 통한 구매 시 발생하는 배송비는 바우처로 결제할 수 없으며, 본인부담금으로 결제됩니다. 발급받으신 국민행복카드가 체크카드이고 해당 카드와 연계된 계좌 잔액으로 배송비를 결제할 수 없는 경우 바우처 결제가 불가능하오니 사용에 유의하여 주시기 바랍니다.

**Q 10. 바우처 잔액·다음 바우처 생성일·이용기간 종료일 등은 어떻게 확인하나요?**

**A** 본 사업 특성상 3개월에 한번씩 3개월치 바우처가 일괄 생성되며, 기저귀·조제분유 지원금액, 바우처 잔액, 다음 바우처 생성일, 이용기간 종료일(결제가능기간) 등은 사회서비스 전자바우처 포털 사이트([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr)), 바우처사업 콜센터(1566-3232, 단축 4번)을 통해 확인하실 수 있습니다. 또한, 지원금액 및 바우처 잔액은 카드사 콜센터(BC카드 1899-4651 또는 각 은행 콜센터, 롯데카드 1899-4282, 삼성카드 1566-3336, KB국민카드 1599-7900, 신한카드 1544-8868)를 통해서도 수시로 확인 가능합니다.

단, 포털 사이트를 통해 확인하실 경우 서비스 지원 대상자가 영아이므로 영아의 정보로 회원 가입하신 후 로그인하여 마이페이지에서 확인하시기 바랍니다.

**Q 11. 이용기간 종료일 전에 안내 메시지를 받을 수 있나요?**

**A** 바우처 생성시(3개월)마다 및 이용기간 종료일 1~2개월 전(1회)에 신청 당시 등록하셨던 휴대폰번호로 이용기간 만료 안내 메시지(이용기간 종료일 및 바우처 잔액)를 보내드립니다. 등록된 휴대폰번호로 메시지가 전송되므로 이용 도중 문자수신 연락처 변경 시 즉시 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소(또는 주민센터)로 변경 신청을 해주셔야 안내 받으실 수 있습니다. 다만, 통신 및 연락처 오류·수신거부 등의 사유로 메시지가 전송되지 않을 수 있으니 포털 사이트 등 기타 방법으로 이용기간 종료일을 확인하시기 바랍니다.

**Q 12. 바우처 포인트가 남아있었는데 이용기간이 종료되어 소멸되었습니다. 바우처 포인트를 사용할 수 없나요?**

**A** 지원대상 영아의 월령(0~24개월) 및 바우처 지급 시가 아닌 지원대상자의 기저귀 등 구매 시에 예산이 집행되는 점 등 예산의 효율적 운영·관리 측면을 고려하여 서비스 이용기간이 종료되는 날의 다음 날부터 바우처가 소멸되며, 이미 소멸된 바우처의 복구 및 재사용은 불가능합니다.



**Q 13. 바우처 잔액이 있는데 결제가 되지 않는 경우, 어떻게 해야 하나요?**

- A** 바우처 잔액이 있음에도 불구하고 다음과 같은 사유로 결제가 되지 않을 수 있습니다.
- ① 지원물품 외 다른 물품을 구매하는 경우, ② 바우처 결제가 아닌 일반 결제를 선택하는 경우, ③ 바우처 잔액보다 초과 결제하려는 경우, ④ 배송비를 결제하고자 하나 연동된 계좌에 잔액이 부족한 경우, ⑤ 정보원과 카드사 간 잔액 전송과정에서 누락이 발생한 경우 등
- ①~④의 경우 사유별로 재확인 후 결제 부탁드립니다. ⑤의 경우에는 바우처사업 콜센터(1566-3232, 단축 4번) 또는 카드사 콜센터(BC카드 1899-4651 및 각 은행 콜센터, 롯데카드 1899-4282, 삼성카드 1566-3336, KB국민카드 1599-7900, 신한카드 1544-8868)를 통해 바우처 잔액 확인 요청을 해주시기 바랍니다.

**Q 14. 시군구 담당자의 착오로 인해 바우처 지원 대상자의 서비스를 중지 처리한 경우에 대상자의 바우처는 서비스 시행중일 때처럼 복구될 수 있나요?**

- A** 기본적으로 시군구 담당자의 착오로 인한 서비스 중지처리시 대상자의 미사용 바우처 복구는 불가능합니다. 따라서 다음의 경우에는 서비스를 중지해서는 안됩니다.
- 1. 대상자의 전출입이 발생한 경우
  - 2. 대상자의 주양육자가 변경된 경우
  - 3. 서비스유형이 변경되는 경우 예) 가유형(기저귀)→ 다유형(기저귀+조제분유 추가지원)
  - 4. 대상자가 서비스 이용 미자격자(소득기준 초과 등)라고 잘못 판단한 경우
- 서비스 중지처리시 대상자의 미사용 바우처는 소멸되고, 다음 번 바우처 생성시까지(길게는 3개월 정도까지) 기다린 후에 서비스를 신청할 수 있으니 '서비스 중지'시에는 정확한 요건 확인 후 진행해 주시기 바랍니다. 중지 처리에 대한 문의는 1566-3232(단축2번)으로 연락 주시기 바랍니다.

**Q 15. 지자체(보건소 등) 담당자의 착오 등으로 지원요건을 충족하는 대상자를 부적합으로 판정한 경우(지원중단은 해당 없음)에 지원결정일을 정정할 수 있나요?**

**A** 기본적으로 바우처의 소급처리는 불가하므로, 지원 적합 여부 판정 시 신중하고 정확한 처리를 요합니다.

다만, 담당자의 착오 등으로 지원 적합 대상자를 부적합으로 판정 시 민원인에게 손해를 끼치게 되므로 신청 당시 대상자가 지원 적합 대상이었음을 증빙하는 소명자료를 첨부하여 공문(보건소장의 결재를 득한 공문)으로 제출할 경우, 바우처 보정 적합 여부를 검토하여 처리가 가능합니다.

**<공문발송 양식>**

- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원
- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 바우처 보정 요청
- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 진행과정, 보정사항
- 첨부파일: 신청서, 기타 증빙자료(건강보험료 등)

## ■ 가구원 수 산정 사례

**Q 1. 아이(자녀1, 자녀2)는 직계존속(조부·조모)과 주민등록상 같은 주소지에 있으며, 직계존속 건강보험의 피부양자로 등재, 부모는 아이와 다른 주소지에 있으며 별도 건강보험료 납부하는 경우 가구원수 산정**

**A** 가구원수에는 ▲영아와 ▲영아의 부모, ▲직계존속은 부모 중 일방 또는 전부와 주민등록상 동일 거주지에 소재하고, 건강보험상 같은 세대주의 피부양자로 등록되어 있는 경우 포함됩니다. 따라서, 이 경우 가구원 수는 부, 모, 자녀1, 자녀2 총 4인이 되며 부모의 건강보험료로 소득을 판정합니다.

**Q 2. 재혼가정으로서 재혼 이전 출산한 아이는 이혼한 부와 주민등록이 되어 있으며, 모가 재혼가정에서 출산한 아이(모 기준으로는 둘째)는 다자녀 지원 대상에 해당하는지?**

**A** 지침상 부모의 이혼으로 영아의 형제·자매가 이혼한 다른 부(조부·모 등 포함) 또는 모(외조 부·모 등 포함)와 주민등록이 되어 있는 경우 가구원 수에서 제외하도록 정하고 있습니다. 따라서, 재혼 이전 출산한 아이가 이혼한 부와 주거를 같이 하는 경우 가구원 수에서 제외하며, 다자녀 가구 판정 시에도 가구원 수에서 제외합니다.

\* 다자녀 지원은 2인 이상 자녀를 양육하는 경우 가구의 경제적 부담을 완화하는 취지 고려

**Q** 3. 부(중국국적에서 한국 귀화, 건강보험 가입), 모(중국 국적, 건강보험 가입), 자녀1(외국국적, 건강보험 미가입), 자녀2(외국국적, 건강보험 가입)인 경우 다자녀 인정 여부 및 소득판정을 위한 가구원수 산정방법

**A** 지침상 외국인 영아의 경우 ① 부모 중 어느 한쪽이 대한민국 국적을 가지고 ②국내에 주민등록 또는 외국인 등록을 한 만2세 미만의 영아여야 합니다.

따라서, 첫째아의 건강보험 가입 여부와 무관하게 외국인 등록을 한 자녀가 2인 이상인 경우 다자녀 가구로 인정 가능합니다.(다만, 가족관계임은 확인 필요)

소득판정 시에도 건강보험 피부양자로 등재되어 있지는 않지만, 자녀로 확인되는 경우 가구원수에 포함하여 총 4인 기준 부모의 건강보험료로 소득을 판정합니다.

**Q** 4. 부의 해외 파견근무 또는 도서벽지 주거지역으로 인하여 건강보험료가 50% 경감되어 고지되고 있는 경우, 적용 기준?

**A** 원칙적으로 건강보험료 본인부담금을 기준으로 하므로 50% 경감된 본인부담금을 기준으로 적용하며 부는 가구원 수에도 포함합니다.

**Q** 5. 부의 해외 파견근무로 인하여 건강보험가입 중지되어 있으며, 모가 지역가입자로서 자녀가 세대원으로 등재되어 있는 경우, 적용 기준?

**A** 해외 파견근로자의 소득확인이 어려우므로 부는 가구원에서 제외하고, 해당 가구에 고지되는 건강보험료 본인부담금으로 적용합니다.

**Q** 6. 부가 외국인이며 해외체류중으로 건강보험 미가입인 경우, 적용 기준?

**A** 부는 가구원에서 제외하고, 건강보험료는 해당 가구에 고지되는 건강보험료 본인부담금으로 적용합니다.

**Q** 7. 부모가 이혼하여 아이는 모와 주민등록을 같이 하고 있는 경우, 모는 지역가입자로 건강보험료 납부(다만, 아이가 부의 건강보험 피부양자로 등재)하고 있는 경우 적용기준?

**A** 혼인관계증명서상 이혼 확인되는 경우 이혼한 부는 가구수에서 제외하고 모와 아이로 가구수 산정, 모의 건강보험 지역가입자 건강보험료를 기준으로 적용합니다.

**Q 8. 부모와 주민등록을 같이 하는 영아의 조모가 거주지가 다른 조부의 건강보험 피부양자로 등재되어 있는 경우, 적용 기준?**

**A** 별도의 건강보험료를 세대주로서 납부하는 직계존속(조부) 및 그 직계존속이 부양하는 배우자(조모)는 주민등록상 주소지가 부모와 동일하더라도 가구수에 포함하지 않으므로 가구수에서 조모를 제외합니다.

**Q 9. 부모와 주민등록을 같이 하는 영아의 조모가 거주지가 다른 자녀의 건강보험 피부양자로 등재되어 있는 경우(조부는 조모와 주민등록은 다르나, 조모와 함께 다른 자녀의 건강보험 피부양자로 등록), 적용 기준?**

**A** 부모와 동일 거주지에 소재하고, 조부·조모가 같은 세대주(다른 자녀)의 피부양자로 등록되어 있으므로(조부모가 별도의 건강보험료를 납부하지 않음) 주민등록을 같이하는 조모를 가구수에 포함합니다.

**Q 10. 첫째와 둘째 자녀가 미숙아로 사망하고, 셋째 자녀를 양육중인 경우 다자녀 가구로 볼 수 있는지?**

**A** 다자녀 가구를 지원하는 취지는 2인 이상 자녀를 양육하는 경우 가구의 경제적 부담을 완화 하자는 것임을 고려할 때 사망한 자녀는 가구원수와 다자녀 산정에 포함하지 않습니다.

**Q 11. 영아의 부모가 이혼소송 중으로 아이 2명은 모와 주민등록등본상 주소지 동일, 건강보험료도 모의 피부양자로 등재되어 있음. 부는 주소지와 건강보험료가 분리되어 있는 경우 가구원 수에서 부를 제외하는 것이 가능한지**

**A** 단순히 부의 주소지와 건강보험가 분리되어 있는 경우 가구원수에서 제외할 수 없으나, 이혼 소송 중임을 증명하여 부와는 생계와 주거를 같이 하지 않음이 인정되는 경우 이혼가구에 준하여 가구원수를 산정합니다.(부를 가구원수에서 제외하고 모의 건강보험료로 가구소득 판정)

**Q** 12. 영아의 조부가 지역가입자 세대주로 건강보험료 납부하며, 조모·부·모·영아가 모두 조부의 세대원으로 되어 있고 주민등록지도 동일한 경우 가구수 산정

**A** 영아의 부모가 별도의 건강보험료 납부 없이 조부의 세대원으로 되어 있고 주소지가 동일한 경우 조부모와 부모가 생계와 주거를 같이하는 하나의 가구로 인정합니다.(조부모를 가구원수에 포함하여 가구원수 5인으로 산정하고, 조부의 건강보험료로 가구소득 판정)

다만, 부모가 조부의 세대원으로 되어 있더라도 조부모와 부모가 주소지가 다른 경우는 조부모를 가구원수에 포함하지 않습니다.(가구수에는 부, 모, 영아만 포함하고 조부의 건강 보험료로 가구소득 판정)

**Q** 13. 재혼가정으로 재혼 이전 출산한 성인 자녀가 직장 건강보험료 별도 납부하는 경우 다자녀 인정여부 및 가구원수 산정

**A** 재혼 이전 출산한 자녀도 주민등록상 같은 주소지에 있다면 다자녀 인정이 가능합니다. 다만, 소득이 있어 별도의 건강보험료를 납부하는 자녀는 가구원 수 제외하며, 성인자녀의 건강 보험료도 합산하지 않습니다.

## ■ 기타

**Q** 1. 기저귀 바우처를 지원받고 있는 대상자인데, 신청 당시 보유 자격(차상위계층 등)을 상실하였습니다. 어떻게 해야 하나요?

**A** 지원기간 동안 기초생활보장·차상위계층·한부모가족 수급 자격 등에 변동이 있을 경우 14일 이내에 보건소로 신고하여야 합니다. 보유 자격 등의 지원신청 자격기준을 부정한 방법으로 조작 하여 급여를 받은 경우, 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조에 따라 지원금이 환수될 수 있습니다.

**Q** 2. 포털 사이트 회원가입이 안 돼요. 어떻게 해야 하나요?

**A** 서비스 지원대상자로 결정 완료된 영아만 회원가입이 가능합니다. 회원가입이 되지 않는 경우 관할 보건소 또는 주민센터에 신청 여부를 확인하시고 안내받으시기 바랍니다.

**Q 3-1. 지원대상자의 주민등록번호 또는 성명 등 인적사항 변경 신청을 받았을 때 보건소 또는 주민센터 담당자는 어떻게 해야 하나요?**

**A** 보건소 또는 주민센터 신청·접수 담당자는 주민등록번호 또는 성명 변경 신청(신고)을 받았을 때 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.

\* 공문수신처 : 보건복지부장관(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원

<공문발송 양식>

- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원
- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 주민등록번호(또는 성명) 변경 신청
- 내용: 대상영아(이름, 생년월일), 변경 전, 후 인적사항
- 첨부파일: 현재 대상 영아의 주민등록등본, 기본증명서(상세), 가족관계증명서(상세)

**Q 3-2. 지원대상자의 카드정보, 연락처 변경 신청을 받았을 때 보건소 또는 주민센터 담당자는 어떻게 해야 하나요?**

**A** 카드정보 변경 신청을 받은 경우에는 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처 시스템 등에 반영될 수 있습니다.

\* 공문수신처 : 보건복지부장관(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원

연락처 변경 신청을 받은 경우에는 지자체 담당자가 행복e음을 시스템을 통해 직권으로 변경할 수 있습니다.(별첨3. 기저귀·조제분유 지원사업 행복e음 시스템 이용 매뉴얼 참고)

다만, 시스템을 통해 직권으로 변경이 불가할 경우에는 공문 시행을 통해 정보 변경 요청을 해주셔야 전자바우처시스템 등에 반영될 수 있습니다.

<공문발송 양식>

- 수신처(3곳) : 보건복지부(출산정책과, 복지정보운영과), 한국사회보장정보원
- 제목: 저소득층 기저귀조제분유 지원사업 대상자 카드정보(연락처) 변경 신청
- 내용: 대상 영아(이름, 생년월일), 변경 전, 후 카드정보

**별첨 1      바우처 지원금액 확인방법(서비스 이용자용)**

1. 사회서비스전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr) 접속
2. 영아의 정보로 로그인

**〈 회원가입 방법 〉**

○ 기저귀·조제분유 지원사업의 이용자(보호자)의 이름으로 회원가입 필요

- 회원가입 > 포탈회원가입(14세미만 선택) >  
'이용약관 및 개인정보 수집동의', '개인정보 수집 및 이용에 대한 안내' 동의 선택 >  
본인확인(이름, 주민등록번호 입력) > 기본정보 입력 > 가입완료

3. 마이페이지(①) > 바우처서비스 이용현황(②) 클릭

4. 신청정보에서 기저귀조제분유지원(③) 확인

\* 바우처 총보유금액, 총사용금액, 잔액, 다음바우처생성예정일, 결제가능기간 제공

**사회서비스 전자바우처 SSiS 사회보장정보원**

나누는 사랑, 커지는 희망  
**치매환자가족 휴가지원 서비스**

**마이페이지**      **바우처서비스이용현황**

신청정보

③ 서비스 유형 : 기저귀·조제분유지원

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| 바우처 총보유      | 6,975,000 P         |
| 바우처 총사용      | - 0 P               |
| 바우처 잔량       | 6,975,000 P         |
| 다음 바우처 생성예정일 | -                   |
| 결제가능기간       | 20151013 ~ 20160812 |

\* 참고사항  
① 바우처는 첫 바우처 생성일로부터 3개월에 한번씩, 3개월치가 일괄 생성됩니다.  
② 생성된 바우처는 결제종료일까지 소멸되지 않고, 다음 바우처 생성금액과 함께 사용할 수 있습니다.

별첨 2

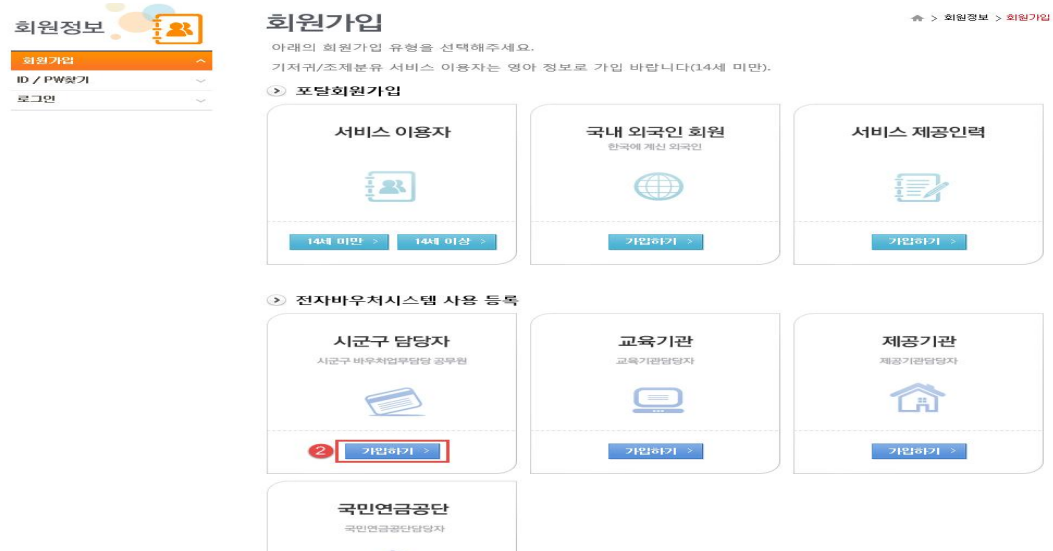
전자바우처시스템 회원가입 및 접속 방법(시도·시군구 담당자용)

1. 회원가입 절차(홈페이지>회원가입)

① 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr)에 접속 → 우측 상단의 「회원가입」 선택



② 회원정보 > 회원가입 메뉴 선택 → 전자바우처시스템 사용등록 > 시군구 담당자 「가입하기」 선택





③ ‘개인정보 수집 동의 및 이용안내’에 대한 내용 확인 후 ‘동의함’ 선택

## 회원가입

🏠 > 회원서비스 > **회원가입**

아래 이용약관 및 개인정보 수집 및 이용에 대한 안내를 읽어보신후에 동의해 주세요.

**STEP 01** 약관동의 > **STEP 02** 본인확인 > **STEP 03** 기본정보입력 > **STEP 04** 가입완료

### > 이용약관 및 개인정보 수집동의

---

**제 1장 총칙**

**제 1조 목적**  
 이 약관은 정부(보건복지부) 산하기관인 사회보장정보원(이하 SWS)에서 운영하는 전자바우처 포털사이트(이하 "당 사이트")가 온라인으로 제공하는 디지털 콘텐츠(이하 "콘텐츠"라고 한다.) 및 제반서비스의 이용에 관한 조건 및 절차와 기타 필요한 사항을 규정함을 목적으로 합니다.

**제 2조 정의**  
 이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

3 ☒ 동의함    ☐ 동의하지 않음

---

### > 개인정보 수집 및 이용에 대한 안내

**홈페이지에서의 개인정보보호**

**1. 자동으로 수집·저장되는 정보**  
 여러분이 당 사이트를 이용할 경우 다음의 정보는 자동적으로 수집·저장됩니다.  
 ① 이용자 여러분의 인터넷 서버 도메인과 우리 홈페이지를 방문할 때 거친 웹사이트의 주소  
 ② 이용자의 브라우저 종류 및 OS  
 ③ 방문일시 등

위와 같이 자동 수집·저장되는 정보는 이용자 여러분에게 보다 나은 서비스를 제공하기 위한 통계분석과 이용자와 웹사이트간의 원활한 상호작용 등을 위해 이용되며, 절대 타인에게 제공하거나 외부로 유출하지 않습니다.

☒ 동의함    ☐ 동의하지 않음

4 **동의함**    동의하지 않음

④ 본인확인 절차를 거친 후, 기본정보입력화면으로 이동

⑤ 기본정보입력 단계에서 “\*”로 표시되어있는 필수입력항목은 모두 입력 → ‘회원 가입’ 선택 → 회원가입 완료

- 필수입력항목 : 소속 시/도, 이름, 아이디, 비밀번호, 부서, 직급, 생년월일,  
이메일주소, 휴대폰, 전화번호, 담당업무

\* 담당업무 : 기저귀·조제분유지원

## 시군구 회원가입

[홈](#) > [회원서비스](#) > [회원가입](#)

바우처업무를 담당하는 시군구 공무원만 회원가입을 할 수 있습니다.

### 회원가입정보

\*표시는 필수 입력 항목입니다.

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                             |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 소속시/도 *                                                       | 선택해주세요                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | 선택해주세요                                      |
| 이름 *                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                             |
| 아이디 *                                                         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 중복검사 아이디는 6자에서 10까지 입력가능합니다.                    |                                             |
| 비밀번호 *                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | *10~12자 영문자, 숫자, 특수문자 중 2종류 이상 혼합구성하여 주시기 바랍니다. |                                             |
| 비밀번호 확인 *                                                     | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | *10~12자 영문자, 숫자, 특수문자 중 2종류 이상 혼합구성하여 주시기 바랍니다. |                                             |
| 부서 *                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                             |
| 직급 *                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                             |
| 생년월일 *                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 예시: 2013-01-01                                  |                                             |
| 이메일 주소 *                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | @                                               | <input type="text"/> 직접입력                   |
| 비밀번호 찾기 시 등록된 이메일로 임시비밀번호가 발송되므로 자주 사용하시는 이메일을 등록하여 주시기 바랍니다. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                             |
| 휴대폰 *                                                         | 선택                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                               | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 전화번호 *                                                        | 선택                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                               | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 담당업무 *                                                        | <input type="checkbox"/> 노인돌봄종합서비스 <input type="checkbox"/> 치매환자가족휴가지원 <input type="checkbox"/> 장애인활동지원<br><input type="checkbox"/> 산모신생아건강관리사 <input type="checkbox"/> 지역사회서비스투자 <input type="checkbox"/> 가사간병방문관리사<br><input type="checkbox"/> 언어발달지원서비스 <input type="checkbox"/> 발달재활서비스 <input type="checkbox"/> 발달장애인부모상담서비스<br><input type="checkbox"/> 기저귀·조제분유지원 <input type="checkbox"/> 청소년산모임신출산의료비 |                                                 |                                             |

! 사회보장정보원의 승인 후 로그인이 가능합니다.

! 사회보장정보원에서는 매일 오전 9시, 오후3시 승인합니다.

5

회원가입

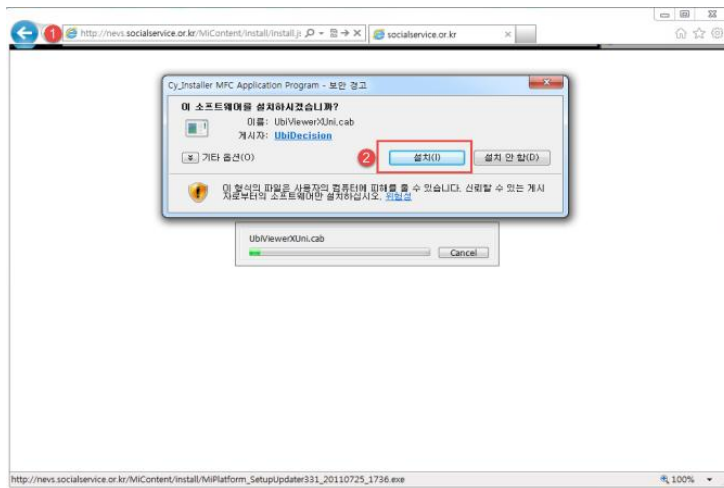
다시작성

## 2 전자바우처시스템 설치

■ 회원가입 완료 후 <http://nevs.socialservice.or.kr/MiContent/install/install.jsp> 로 접속하여 시군구 전자바우처시스템 설치

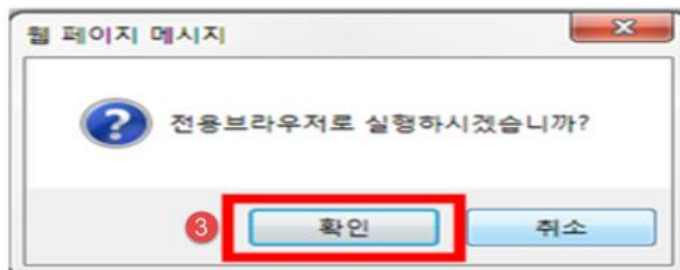
① <http://nevs.socialservice.or.kr/MiContent/install/install.jsp>로 접속, MiPlatform 설치

② 설치창이 나타나면 ‘설치’ 버튼 선택



※ 설치창이 나타나지 않을 경우,  
인터넷옵션 -> 개인정보 -> 사용자 지정수준 -> 팝업 차단 사용 - 사용 ON

③ 전용브라우저 실행창이 나타나면 ‘확인’ 버튼 선택



④ 프로그램 설치가 완료되면 바탕화면에 접속 아이콘이 생성



### 프로그램설치확인중....

사이트 이용시 필요한 프로그램을 자동으로 설치합니다.  
1분정도 소요되므로 잠시만 기다려 주십시오.

- ▶ 프로그램 설치여부를 묻는 보안경고창이 나타나면 반드시 “예”를 선택하여주시기 바랍니다.  
“아니오”를 선택하시면 보안을 위해 사용이 제한됩니다.
- ▶ 윈도우 XP 서비스팩2 사용자께서는 주소 표시줄 아래 경고문구 “이 사이트에서...여기를 클릭하십시오”를 선택하시며, Active X컨트롤을 설치하시기 바랍니다.
- ▶ 프로그램 설치가 정상적이지 않을 경우에는 **설치파일1, 설치파일2, 설치파일3**의 3가지 파일을 수동설치하시거나 **문의하기(To. partner016@khwis.or.kr)**를 통해 질문하시면 신속히 답변을 드리겠습니다.

파일다운로드 진행 상황

파일설치 진행 상황 14/14

대상파일 next\_upd.gif

설치 완료

설치시 에러가 발생한 항목

⑤ 아이콘을 더블클릭하여 ‘전자바우처시스템’에 접속



별첨 3

기저귀·조제분유 지원사업 행복e음 시스템 이용 매뉴얼(시군구 담당자용)

■ 신규신청

1. 서비스 찾기...바우처▶신청관리▶바우처홈(읍면동)

① 대상자, 가구원 정보를 확인합니다.

- 신청된 건강보험료와 조회된 정보가 상이할 경우 건강보험료 수동 입력 가능
- 가구원정보 중, '대상자' 항목은 기저귀조제분유 지원 대상인 영아로 선택
- 세대주와의 관계 중, 영아의 '부 또는 모' → '본인 또는 배우자'로 설정

② [확인] 버튼을 클릭한 후 서비스 신청 예상 결과를 확인합니다.

- 결과가 '신청불가능'인 경우에도 신청서 입력 후 등급수동판정(직권책정)은 가능

③ 결과보기 [보기] 버튼을 클릭한 후, 서비스 판정 상세 결과를 확인합니다.

④ [일괄신청] 버튼을 클릭하여 신청서 상세 페이지로 이동합니다.

| 결과    | 조건                                                              |
|-------|-----------------------------------------------------------------|
| 신청불가능 | {예외지원여부} = Y                                                    |
| 신청불가능 | {자격} = 기초주거급여                                                   |
| 신청불가능 | {자격} = 기초교육급여                                                   |
| 신청불가능 | {자격} = 자상위장애편인                                                  |
| 신청불가능 | {자격} = 자상위본인부담경감대상자                                             |
| 신청불가능 | {자격} = 자상위계층 확인                                                 |
| 신청불가능 | {자격} = 자상위자활                                                    |
| 신청불가능 | {본인자격} C 기초생계급여, 기초의료급여, 기초주거급여, 기초교육급여, 자상위장애편인, 자상위본인부담경감대상자  |
| 신청불가능 | {배우자자격} C 기초생계급여, 기초의료급여, 기초주거급여, 기초교육급여, 자상위장애편인, 자상위본인부담경감대상자 |
| 신청불가능 | {자격} = 모자가족                                                     |
| 신청불가능 | {자격} = 부자가족                                                     |
| 신청불가능 | {자격} = 청소년한부모모자가족                                               |
| 신청불가능 | {자격} = 조손가족                                                     |
| 신청불가능 | {자격} = 청소년한부모부자가족                                               |
| 신청불가능 | {본인자격} C 일반장애편인 & (소득) <= 2023년 중위소득80%                         |
| 신청불가능 | {배우자자격} C 일반장애편인 & (소득) <= 2023년 중위소득80%                        |
| 신청불가능 | {자격} = 일반장애편인 & (소득) <= 2023년 중위소득80%                           |
| 신청가능  | {다자녀가구여부} = Y & (소득) <= 2023년 중위소득80%                           |

## 2. 바우처 신청...바우처▶신청관리▶바우처홈(읍면동)▶서비스찾기▶[일괄신청]

① 서비스정보를 입력 및 선택 합니다.

- 시군구 예외지원 대상자(라형,마형)의 경우, 예외지원여부 항목‘예’를 선택

② [등급판정] 버튼을 클릭하여 등급판정 합니다.

③ 카드정보 선택 후 [저장] 버튼을 클릭하여 신청서를 저장합니다.

**바우처 신청**

소속/등급 설정

가구원 소속수준 선정 건강보험료가 다를 경우엔 관할 국민건강보험공단 지사에 문의하세요(안내 1577-1000) ☒ 수동 입력 [항추가](#) [항삭제](#) [건강보험료확인](#)

| <input type="checkbox"/> | 세대주와의 관계                 | 맞벌이                      | 성명 | 주민등록번호               | 동거(미동거사유)                              | 산정구분(직장/지역) | 월소득금액 | 건강보험료(본인부담) |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|----------------------|----------------------------------------|-------------|-------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 선택 |             |       |             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 선택 |             |       |             |

소속수준 선정

가구원 수  산정구분  건강보험료 부과액

등급설정

| 대상자                   | 서비스명                | 제공기간                     | 등급수동입력    | 바우처등급  | 바우처지원액 | 본인부담금 |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----------|--------|--------|-------|
| [GHA001] 기저귀 및 조제분유 지 | 20231028 ~ 20251027 | <input type="checkbox"/> | <b>가형</b> | 80,000 | 0      |       |

[등급판정](#)

[판정조건식보기](#) [소득기준표](#)

카드정보

카드정보등록 국민은행카드 발급은 카드사 TM를 통해 진행됩니다. [국민은행카드 안내문](#) [국민은행카드 조회](#) [기존 카드정보 조회](#)

| <input type="checkbox"/> | 대상자                     | 서비스명   | 카드구분 | 국민은행카드 |           |        |       |
|--------------------------|-------------------------|--------|------|--------|-----------|--------|-------|
| <input type="checkbox"/> |                         |        |      | 카드종류   | 보유여부      | 카드신청여부 | 신청카드사 |
| <input type="checkbox"/> | [GHA001] 기저귀 및 조제분유 지원사 | 국민은행카드 | 실물카드 | 선택     | 미신청(방문발급) | 선택     |       |

## 3. 바우처 대상자 결정처리...바우처▶신청관리▶대상자결정처리

① 접수된 신청서를 조회합니다.

② [일괄결정] 버튼을 클릭하거나 검색목록 상세에서 결정처리합니다.

- 시군구 예외지원 대상자(라형,마형)의 경우, 판정결정등록‘시군구인정’으로 선택

**대상자 결정처리**

관리행동  신청일자  대기자 ☐ 서비스상태  [서비스유형](#) [\[GHA001\] 기저귀 및 조제분유](#) [정당순서](#) [대상자](#) [성명](#) [주민등록번호](#) [중합조사전송여부](#) [재정금액](#) [서비스현황](#) [상태](#) [판정결과](#) [판정등급](#) [신청일자](#) [부담액](#) [Q.조회](#)

검색결과 (총 1건)

| <input checked="" type="checkbox"/> | 관리행동                                     | 서비스유형 | 신청접수번호 | 성명 | 주민등록번호 | 중합조사전송여부 | 재정금액 | 서비스현황 | 상태 | 판정결과 | 판정등급       | 신청일자 | 부담액 |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-------|--------|----|--------|----------|------|-------|----|------|------------|------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <a href="#">[GHA001] 기저귀 및 조제분유 지원사업</a> |       |        |    |        |          |      |       |    | 가형   | 2023-09-27 | 0    |     |

#### 4. 바우처 송수신관리...바우처▶송수신관리▶바우처송수신관리

- ① [신청]탭에서 결정 완료된 신규 신청서를 조회합니다.
- ② 전송할 신청서를 선택 한 후, [선택전송] 버튼을 클릭하여 전송합니다.  
 ※ [선택전송] 버튼을 클릭하면 전자바우처로 신청서가 전송됩니다. 전자바우처로 전송이 완료된 경우 '전송성공'으로 표시되며, 행복이음으로 전자바우처에서 신청완료 결과가 정상 수신되면 '수신성공'으로 표시됩니다. 통지서는 '수신성공'으로 신청이 완료된 후 출력 가능합니다.

#### < 등급 수동입력 방법 >

- ① 신청서 상세화면에서 [등급판정] 후, '등급수동입력' 항목 체크박스를 클릭합니다.
- ② 수동입력사유 선택/입력 후 [확인] 버튼을 클릭합니다.
- ③ '바우처등급' 항목 목록을 클릭하여 직권 책정 등급을 선택합니다.

## ■ 변경신청

### 1. 등급변경 신청...바우처▶바우처변경신청관리, 바우처송수신관리

- ① 바우처 변경신청관리 화면에서 [신청등록] 버튼을 클릭합니다.
- 변경신청 등록은 바우처 대상자현황 [변경신청] 기능과 동일
  - 신청서 '신청' 상태인 경우, [신청취소] 버튼을 클릭하여 취소 가능

바우처 변경신청관리

바우처

대상지 관리

바우처 변경신청관리

관리행정동

전체

\* 변경신청일자

2023-09-30 ~ 2023-10-31

최초신청일자

YYYY-MM-DD ~ YYYY-MM-DD

\* 서비스명

선택

변경구분

전체

진행상태

전체

신청연

성명

\_\_\_\_\_

Q

Q 조회

검색결과 (총 0 건)

관리행정동

성명

주민등록번호

서비스명

진행상태

신청일자

변경신청일자

20

<< < > >>

신청원소

신청등록

- ③ 변경구분에서 ‘등급변경’을 선택합니다.

Step3. 변경구분 선택

변경구분 등급변경 ▼

- ④ 서비스기본정보 중, ‘모유수유불가사유’를 선택 한 후, [소득/가구편집]을 클릭합니다.  
- 등급변경은 조제분유 추가(가형/라형 → 다형/바형)만 가능

Step3. 변경구분 선택

변경구분 등급변경

Step4. 변경신청 내용 입력

변경신청 변경신청 전

소득 및 지원 내역

|          |                 |           |     |         |  |
|----------|-----------------|-----------|-----|---------|--|
| 보유자격     | 아동수당,사회서비스이용(증) |           | 재조비 | 신청일자    |  |
| 신청구분     | 직장              | 신청가구원수    | 4   | 건강보험료함께 |  |
| 환정등급     | 가정              | 등급 수동입력   |     |         |  |
| 정부지원(기본) |                 | 본인부담금(기본) | 0   | 함께(기본)  |  |

서비스 기본정보

등급변경가능여부 다 할으로 등급변경 가능합니다.

서비스 구분 ☒ 조제분류 추가 영아수 1 명

☒ 모유수유 불가사유
 ☐ 사망
 ☐ 질병
 ☐ 아동복지시설 공동생활가정·가정위탁 아동 등

☐ 한부모(부자·조손)가족
 ☐ 사실상 모유 수유 불가능
 ☐ 사실상 모유 수유 불가능



- ⑤ 가구원 확인 및 건강보험료 조회 후 [등급판정] 버튼을 클릭합니다.
- 가구원을 수동으로 입력하는 경우 성명과 주민등록번호 입력 후 돋보기 버튼 클릭
  - [건강보험료확인] 버튼을 클릭하여 건강보험료 조회(수동입력 가능)

소득/등급

소득/등급 설정

가구원 소득수준 선정 ● 건강보험료가 다를 경우엔 관할 국민건강보험공단 지사에 문의하세요(안내 1577-1000) ☒ 수동 입력

| <input type="checkbox"/> 세대주와의 관계 | 맞벌이                      | 성명 | 주민등록번호               | 동거(미동거사유)                   | 신청구분(직장/지역) | 월소득금액 | 건강보험료(본인부담)부과 |
|-----------------------------------|--------------------------|----|----------------------|-----------------------------|-------------|-------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 본인       | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 선택 | 직장          | 0     |               |
| <input type="checkbox"/> 자녀       | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 선택 |             |       |               |
| <input type="checkbox"/> 자녀       | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 선택 |             |       |               |

소득수준 선정

가구원 수 4 신청구분 직장 건강보험료 부과액 104,280 소득인정액

등급설정

| 대상자             | 서비스명 | 제공기간                | 등급수동입력                   | 바우처등급 | 바우처지원액  | 본인부담금 |
|-----------------|------|---------------------|--------------------------|-------|---------|-------|
| 기저귀 및 조제분유 지원사업 |      | 20231028 ~ 20251027 | <input type="checkbox"/> | 다형    | 100,000 | 0     |

- ⑥ [판정조건식보기] 버튼을 클릭하여 상세 판정결과 확인 가능합니다.

소득/등급

소득/등급 설정

가구원 소득수준 선정 ● 건강보험료가 다를 경우엔 관할 국민건강보험공단 지사에 문의하세요(안내 1577-1000) ☒ 수동 입력

| <input type="checkbox"/> 세대주와의 관계 | 맞벌이                      | 성명 | 주민등록번호               | 동거(미동거사유)                   | 신청구분(직장/지역) | 월소득금액 | 건강보험료(본인부담)부과 |
|-----------------------------------|--------------------------|----|----------------------|-----------------------------|-------------|-------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 본인       | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 선택 | 직장          | 0     |               |
| <input type="checkbox"/> 자녀       | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 선택 |             |       |               |
| <input type="checkbox"/> 자녀       | <input type="checkbox"/> |    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 선택 |             |       |               |

104,280 소득인정액

바우처등급 바우처지원액 본인부담금

다형 100,000 0

판정조건식

| 결과  | 등급명 | 판정조건                                  |
|-----|-----|---------------------------------------|
| 적합  | 다형  | (신청서비스) = 조제분유유가 & (예외지원여부) = N       |
| 적합  |     | (다자녀가구여부) = Y & (소득) <= 2023년 중위소득80% |
| 부적합 | 가형  | (신청서비스) = 기저귀 & (예외지원여부) = N          |
| 부적합 | 나형  | (신청서비스) = 기저귀 및 조제분유 & (예외지원여부) = N   |

- ⑦ [확인] 버튼을 클릭하여 판정을 완료합니다.
- ⑧ 신청서 상세화면에서 [저장] 버튼을 클릭하여 변경신청서 등록을 완료합니다.
- ⑨ '바우처송수신관리' 화면 변경신청탭에서 신청서 조회 후 전송합니다.

## 2. 정보변경 신청...바우처▶바우처변경신청관리, 바우처송수신관리

- ① 바우처 변경신청관리 화면에서 [신청등록] 버튼을 클릭합니다.
- ② 신청서 상세에서 대상자와 서비스 조회합니다.

Step1. 대상자 선택

대상자

Step2. 서비스 선택

| 관리행동 | 성명 | 주민등록번호 | 서비스명            | 등급 | 상태  |
|------|----|--------|-----------------|----|-----|
|      |    |        | 기저귀 및 조제분유 지원사업 | 가형 | 지원중 |
|      |    |        | 젖만남이용권(바우처)     | 적합 | 지원중 |

- ③ 변경구분에서 '정보변경'을 선택합니다

Step3. 변경구분 선택

변경구분

- ④ 대상자 인적정보 '변경' 항목에 체크합니다.

Step4. 변경신청 내용 입력

변경신청

대상자 인적정보 ☒ 변경

- ⑤ 전화번호, 휴대전화번호 입력 후 [저장] 버튼을 클릭하여 저장합니다.
- 대상자가 영아이므로 대상자 연락처에 신청인(또는 문자 발송 대상자) 연락처 기입

Step4. 변경신청 내용 입력

변경신청

대상자 인적정보 ☒ 변경

대상자

신청일자 2023-10-27

전화번호

휴대전화

- ⑥ '바우처송수신관리' 화면 변경신청탭에서 신청서 조회 후 전송합니다.

바우처 송수신관리

신청(24)  중지환급신청(49) 재공기관 예약금환급계좌등록(92)

\* 관리행동  전체 \* 전송구분  전체 \* 신청일자 2023-09-27 ~ 2023-10-27

\* 서비스유형 [GHA201] 기저귀 및 조제분유 \* 대상자 성명

조회결과 (총 2건)

| 신정구분                                | 관리행동  | 성명 | 주민등록번호 | 전송정보 | 변경신청접수번호 | 바우처서비스유형       | 변경전등급 | 변경후등급 | 변경신청일자     | 담당자성명 |
|-------------------------------------|-------|----|--------|------|----------|----------------|-------|-------|------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 대상자정보 |    |        |      |          | 기저귀 및 조제분유 지원사 | 가형    |       | 2023-09-08 |       |
| <input type="checkbox"/>            | 대상자정보 |    |        |      |          | 기저귀 및 조제분유 지원사 | 가형    |       | 2023-09-08 |       |

## ■ 중지신청

○ 바우처 중지신청...바우처▶바우처중지환급신청관리, 바우처송수신관리

- ① 바우처 중지환급신청관리 화면에서 [중지환급신청] 버튼을 클릭합니다.
  - 중지신청 등록은 바우처 대상자현황 [중지신청] 기능과 동일

**바우처중지환급신청**

대상자 검색

대상자  성명

서비스선택

| 관리행동 | 성명 | 주민등록번호 | 서비스명 | 등급 | 상태 | 신청가능여부 |
|------|----|--------|------|----|----|--------|
|      |    |        |      |    |    |        |

대상자 정보

성명  성명   전화번호  -  -  휴대전화  -  -

주소

서비스정보

사업구분  판정등급  제공기간  YYYY-MM-DD ~ YYYY-MM-DD

신청일자  상태  제공금액  0 본인부담금액  0

신청인정보 ☒ 대상자와 동일

\* 신청인 성명  성명   전화번호  -  -  휴대전화  -  -

\* 주소   \* 관계

- ② '중지사유'를 선택 한 후, 신청서를 [저장] 합니다.

**중지환급신청**

\* 중지환급신청일자 2023-10-31  \* 중지환급사유  기타

- ③ '바우처송수신관리' 화면 중지신청탭에서 신청서 조회 후 전송합니다.

**바우처 송수신관리**

신청 변경신청 **중지환급신청** 제공기간 예약금환급계좌등록

관리행동 전체 전송구분 전체 \* 신청일자 2023-09-30 ~ 2023-10-31

\* 서비스유형 선택 대상자 성명   지자체종료사업 ☐

조회결과 (총 0건)

| 신청구분 | 관리행동 | 성명 | 주민등록번호 | 전송정보 | 바우처서비스유형 | 대상자등급 | 중지환급신청번호 | 중지환급신청일자 | 중지환급사유 | 중지환급사유기타 | 중지예정일자 | 환급은행명 | 환급계좌 |
|------|------|----|--------|------|----------|-------|----------|----------|--------|----------|--------|-------|------|
|      |      |    |        |      |          |       |          |          |        |          |        |       |      |

## ■ 변동 현황

### ○ 바우처 변동현황...바우처▶변동사후▶바우처변동현황

- 항목 별로 변동 미처리된 대상자 수 표시
- 처리여부‘처리할일’인 대상자는 [중지신청], [변경신청] 버튼을 클릭하여 처리 가능
- [처리완료] 버튼을 클릭하여 변동현황 확인 및 처리완료 진행
  - \* 중지신청 진행하지 않는 경우에도, 해당 건 체크박스 체크 후 바로 처리완료 버튼을 클릭하여 처리완료 해야함
  - \* 처리여부가 처리할일에서 처리완료(사용자)로 변경되어야 미처리현황에서 처리 완료됨
- 기본 지원대상자(가형,나형,다형)의 전출입이 있는 경우, 행복이음에 입력된 대상자별 전산 자료는 별도의 전송절차 없이 전출지에서 전입지로 자동이관됨
  - \* 대상자 전출시 서비스 중지처리 하지 않도록 주의(서비스 중지시 바우처 소멸됨)
- 장기 해외체류로 인한(최근 6개월간 통상 90일 초과 해외체류자) 대상자는 해외출입국 정보 확인 후 중지신청 진행