

[서식 1호] 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호외4서식] <개정 2022.1.1>

(1 쪽)

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|--|--|---|--|
| 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서 | | | | | | 처리기간 : 14일 (초판남이용권, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일) | | |
| 신청인 | 성명 | 주민등록번호 (외국인등록번호) | 세대주와의 관계 | 전화번호 | | | | |
| | 주소 | | | | 휴대전화 | | | |
| | | | | | 전자우편 | | | |
| 가족사항 | 세대주와의관계 | 성명 | 주민등록번호 (외국인등록번호 등) | 동거여부 | 건강상태 (장애/질병) | 직장명 | 전화번호 (집/직장) | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ※ 배우자 관계 (<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼) | | | | | | | | |
| 본인부담금 환급계좌 | 성명 | 금융기관명 | 계좌번호 | 예금주 | | | | |
| 제출처 사회보장급여 내용 | | | | | | | | |
| 읍면동주민센터 | [] 보육료지원 · 유아학비지원 * 영아수당(보육료) 지원 포함 | 지원대상자 | 신청구분 | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비) | | | | | |
| | * 어린이집(0~2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 어린이집(0~2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다. | | | | | | | |
| | * 만 0~1세 이혼은 영아수당(보육료) 자격으로, 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다. | | | | | | | |
| | [] 가사간병문진지원 | 지원대상자 | | 신청요건(1개 선택) | | | 서비스시간 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 중증질환자 <input type="checkbox"/> 희귀난치성질환자 <input type="checkbox"/> 소년소녀가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 한부모가정(법정보호세대) <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자 | | | <input type="checkbox"/> 월 24시간 <input type="checkbox"/> 월 27시간 <input type="checkbox"/> 월 40시간 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 정기입원 사례관리 퇴원자 | | | | |
| | [] 장애아동 가족지원 | 발달장애 서비스 | 지원대상자 | 장애유형 | <input type="checkbox"/> 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록(영유아) | | | |
| 장애정도 | | | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 <input type="checkbox"/> 미등록 | | | | | |
| 언어발달 지원 (비장애아동) | | 필요서비스 (종복 체크가능) | <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 청능재활 <input type="checkbox"/> 미술심리재활 <input type="checkbox"/> 음악재활 <input type="checkbox"/> 행동재활 <input type="checkbox"/> 놀이심리재활 <input type="checkbox"/> 재활심리 <input type="checkbox"/> 감각발달재활 <input type="checkbox"/> 운동발달재활 <input type="checkbox"/> 심리운동 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | | |
| | | 필요서비스 (종복 체크가능) | <input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 기타 () | | | | | |
| [] 발달 장애아 지원 | 지원대상자 | 자녀와의 관계 | | | <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타() | | | |
| | 장애 유형 및 정도 | 장애유형 | <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록(영유아) | | 장애정도 | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 | | |
| | 장애 유형 및 정도 | 장애유형 | <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 | | 장애 정도 | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 | | |
| | | 지원유형 | <input type="checkbox"/> 주간활동서비스 (<input type="checkbox"/> 단속형 <input type="checkbox"/> 기본형 <input type="checkbox"/> 확장형) ※ 기본형/확장형 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. <input type="checkbox"/> 방과후활동서비스 | | | | | |
| [] 지역사회 서비스 | 지원대상자 | | | | 서비스명 | | | |
| | 지원대상자 | | | | 서비스명 | | | |
| [] 여성청소년 보건위생 물품지원 | 지원대상자 | | | | 지원신청 | 청소년본인 또는 부모, 중앙육자 신청가능 | | |
| | 지원대상자 | | | | 지원신청 | 청소년본인 또는 부모, 중앙육자 신청가능 | | |

| | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|--|----------|--|
| [] | 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 | | | | | |
| 특별지원급여 | [] 출산 [] 자립준비 [] 보호자일시부재([] 결혼 [] 사망 [] 출산 [] 입원 [] 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크) | | | | | |
| [] | 첫만남이용권 | 지원대상자 | 출생정보 | [] 국외출생 [] 복수국적 | | |
| | | 지급방식 | [] 바우처(원칙) [] 현금(시설보호 아동일 경우) [] 지역화폐(조례로 정하는 경우) | | | |
| | | 카드정보 (국민행복카드) | 보호자(카드 보유자) | | | |
| | | | [] BC(은행) [] 삼성 [] 롯데 [] KB국민 [] 신한 | | | |
| ※ 유의사항 - 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 희망 은행사(BC카드를 선택한 경우)를 선택합니다 - 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다. | | | | | | |
| 보 건 소 | 산모신생아 건강관리지원 | 지원대상자 | 출산(예정)일 | 년 월 일 | | |
| | | 지원 유형 | [] 단태아 ([] 첫째아 [] 둘째아 [] 셋째아 이상), [] 쌍생아 / 장애정도도 심한 산모+단태아 ([] 인력1명 [] 인력2명) [] 삼태아 이상 / 장애정도도 심한 산모+다태아 | | | |
| | | 신청조건 | 기본 지원대상 | [] 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) [] 소득기준 이하 | | |
| | | | 예외 지원 대상 (해당자만) | [] 희귀난치성질환 산모 [] 장애인 산모 및 장애 신생아 [] 쌍생아 이상 출산가정 [] 셋째아 이상 출산가정 [] 설타인 산모 [] 결혼이민 가정 [] 미혼모 산모 [] 둘째아 이상 출산 산모 [] 분만 취약지 산모 [] 기타(소득기준 완화 등) | | |
| 서비스 제공 장소 | [] 자택 [] 기타 | | | | | |
| 보건소 · 주민 센터 | 저소득층거주지 조제분유지원 | 지원대상자 | | | | |
| | | 지원 유형 | 기본지원대상 | [] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타) | | |
| | | 예외지원대상 (자녀체자제 사업) | [] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타) | | | |

| 개인정보 수집 및 활용 동의 | 확인 (√ 체크) |
|---|--------------|
| <p>1. 개인정보 활용 목적 등 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 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, 유아학비 지원의 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(행정정보공공데이터 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.</p> <p>3. 개인정보 보유 및 파기 같은 법 제34조에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.</p> | [] |

| 유의사항 | 확인 (√ 체크) |
|---|--------------------------|
| <p>1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 허위 또는 기타 부정확한 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.</p> <p>2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 등이 부과될 수 있습니다.</p> <p>3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법률에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.</p> <p>4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.</p> | [] [] [] [] |

[서식 3호] 출산서비스 통합처리 신청서

■ 임신·출산 관련 서비스 통합처리에 관한 규정 [별지 제2호 서식]

[앞쪽]

출산서비스 통합처리 신청서

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

| | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------|-------------|
| 접수번호 | 접수일자 | 처리기간 | 신청 시 별도안내 |
| 신청인 (대리 신청인) | 성명 도로명주소 (주민등록주소지) | 주민등록번호 (외국인등록번호) | 출산자와의 관계 |
| | | | 휴대전화 집전화 |

| | | | |
|-------------|--------------------------|---------------------|-------------|
| 출산자 (산모) | 성명 도로명주소 (주민등록주소지) | 주민등록번호 (외국인등록번호) | 휴대전화 집전화 |
|-------------|--------------------------|---------------------|-------------|

※ 출산자와 신청인이 동일인인 경우 "출산자"란 작성 생략 / 해산급여 신청인 중 시설거주자는 시설소재지 주소를 기재

| | | | | | |
|----------|---------|----|---------------------|---------------|-----------------------------|
| 가족 사항 | 세대주와 관계 | 성명 | 주민등록번호 (외국인등록번호) | 동거여부 | 주소 (세대를 달리하는 경우에만 주소 기재) |
| | 본인 | | | [] 예 [] 아니오 | |
| | 배우자 | | | [] 예 [] 아니오 | |
| | 자 | | | [] 예 [] 아니오 | |
| | 자 | | | [] 예 [] 아니오 | |

| | | |
|--------------------------------|----------------------|---|
| 지방자치 단체서비스 (지자체별로 정함) | 출산 지원금 | [] 둘째자녀(이름:) [] 셋째자녀(이름:) [] 넷째자녀 이상(이름:) |
| | 출산용품교환권 | 수령지 주소 : ※ 셋째 자녀 이후부터 지원 |
| | 다동이행복카드 (신분확인용)발급 | 카드 수령지 주소 : ※ 신용·체크카드 발급을 원하실 경우 00은행 영안점을 방문해 신청하실 수 있습니다(문의0000-0000) |
| | 모유수유 클리닉 | [] ※ 사전예약제로 운영 중이며, 예약은 000보간소(02-000-0000)로 전화예약도 가능합니다. |

| | | | |
|-----------------------|---|----------------|---|
| 전국 공동 서비스 | 서비스명 | 출생자 성명 | 신청 사항 |
| | 영아수당 (2022.1.1.0후 출생자) | | [] 영아수당(현금) |
| | 양육수당 (2021.12.31.0전 출생자) | | [] 가정양육수당 [] 농어촌양육수당 |
| | 첫만남이용권 (2022.1.1.0후 출생자) | | [] 첫만남이용권(바우처) ※ 아래 국민행복카드 선택 |
| | 아동수당 | | [] 아동수당 |
| | 해산급여 | | [] 해산급여(출산자의 주민등록 주소지에서만 신청 가능) |
| | 저소득층 기저귀 조제분유 지원 (바우처) | | 기저귀대장 [] 기저귀 [] 국가조 [] 저상위 [] 한부모 [] 기타 조제분유 [] 조제분유(산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타) ※ 아래 국민행복카드 선택 |
| | 여성장애인 출산비용 지원 | | [] 출산비용 지원(등록장애인) |
| | 전기료 경감 | | [] 출산가구 [] 다자녀(3명 이상) 고객명 : 고객번호 : |
| | 다자녀(3명이상) 도시가스료 경감 | ※ 출생자 모두 기재 | [] 도시가스사업자명 : 고객명 : 고객번호 : |
| 다자녀(3명이상) 지역난방비 경감 | [] 지역난방사업자명(코드) : 고객명 : 고객번호 : | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|---|----------|-----------|-------------|-----------|
| 국민 행복 카드 | ※ 아래 사업일 경우 선택 ① 첫만남이용권 ② 저소득층 기저귀 조제분유 지원 | [] BC카드 (은행) ※ IBK기업, N농협, SC제일, 경남, 광주, 대구, 부산, 수원, 우리, 전북, 제주, 우체국, 하나, 신한 신청 가능 ※ 유의사항 - 신규 신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사를 선택합니다. - 국민행복카드를 가 소지하고 있는 경우, 해당 카드를 선택합니다. - 첫만남이용권과 저소득층 기저귀 조제분유 지원 사업을 동시에 신청할 경우 하나의 카드로만 신청해야 합니다. | [] 삼성카드 | [] 롯데 카드 | [] KB국민 카드 | [] 신한 카드 |
|----------------|--|---|----------|-----------|-------------|-----------|

| | | | | | | |
|----------|----|----------|-------|-------|------|--------|
| 급여 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

※ 영아수당, 아동수당, 해산급여는 입류방지통장 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/㎡))

[서식 6호] 위임장

첫만남이용권 관련 위임장

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------|
| 지급 대상 아동 인적사항 | 성명 | 주민등록번호 | |
| 아동의 보호자 (위임자) | 성명 | 주민등록번호 (외국인등록번호) | |
| | 아동과의 관계 | 전화번호: | 휴대전화: |
| | 주소 | | |
| 내용 | 아동의 첫만남이용권 신청 등을 위임 | | |
| 대리인 (수임자) | 성명 | 주민등록번호 (외국인등록번호) | |
| | 전화번호: | 휴대전화: | 위임자와의 관계 |
| | 주소 | | |

위임자(본인)는 위와 같이 [] 첫만남이용권 신청 등에 관한 사항을 위 수임자에게 위임합니다.

년 월 일

아동의 보호자(위임자): (서명 또는 인)

업무담당자 확인 사항

위임자와 수임자의 인적사항을 확인할 수 있는 신분증 및 첫만남이용권의 지급여부를 결정하기 위하여 필요한 서류