

## 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일  
(영유아보육료, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)

신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	세대주와의 관계	전화번호
	주소	휴대전화 전자우편		

가족 사항	세대주와 의관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)
※ 배우자 관계 ( [ ] 법률혼 [ ] 사실혼 [ ] 사실상 이혼 )							

본인부담금 환급계좌	성명	금융기관명	계좌번호	예금주
---------------	----	-------	------	-----

<b>제출처</b>	<b>사회보장급여 내용</b>						
<b>읍 면 동 주 민 센 터</b>	[ ]보육료지원 ·유아학비지원 (아이행복카드)	지원대상자	신청구분				
			[ ] 어린이집(0~2세) 기본 ( [ ] 장애 [ ] 다문화), [ ] 어린이집 (0~2세) 연장, [ ] 어린이집 방과후				
			[ ] 어린이집 (3~5세) ( [ ] 장애 [ ] 다문화), [ ] 장애아 보육료(6~12세)				
			[ ] 유치원 유아학비(3~5세) ( [ ] 사립유치원 저소득층 유아학비)				
			[ ] 어린이집(0~2세) 기본( [ ] 장애 [ ] 다문화), [ ] 어린이집 (0~2세) 연장, [ ] 어린이집 방과후				
		[ ] 어린이집 (3~5세)( [ ] 장애 [ ] 다문화), [ ] 장애아 보육료(6~12세)					
		[ ] 유치원 유아학비(3~5세)( [ ] 사립유치원 저소득층 유아학비)					
			[ ] 어린이집(0~2세) 기본( [ ] 장애 [ ] 다문화), [ ] 어린이집 (0~2세) 연장, [ ] 어린이집 방과후				
		[ ] 어린이집 (3~5세)( [ ] 장애 [ ] 다문화), [ ] 장애아 보육료(6~12세)					
		[ ] 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.							
	[ ]가사간병방문지원	지원대상자	신청요건(1개 선택)			서비스시간	
			[ ] 장애정도가 심한 장애인 [ ] 중증질환자 [ ] 희귀난치성질환자			[ ] 월 24시간	
			[ ] 소년소녀가정 [ ] 조손가정 [ ] 한부모가정(법정보호세대)			[ ] 월 27시간	
			[ ] 기타 시군구청장이 인정하는 자				
			[ ] 장기입원 사례관리 퇴원자			[ ] 월 40시간	
	[ ]장애아동 가족지원	발달 재활 서비스	지원대상자	장애유형	[ ] 뇌병변장애 [ ] 청각장애 [ ] 시각장애 [ ] 언어장애 [ ] 지적장애 [ ] 자폐성장애 [ ] 미등록 (영유아)		
			장애정도	[ ] 장애정도가 심한 장애인 [ ] 장애정도가 심하지 않은 장애인 [ ] 미등록			
			필요서비스 (중복 체크가능)	[ ] 언어 [ ] 청능 [ ] 미술심리재활 [ ] 음악재활 [ ] 행동 [ ] 놀이심리 [ ] 재활심리 [ ] 감각발달재활 [ ] 운동발달재활 [ ] 심리운동 [ ] 기타( )			
		언어 발달 지원	지원대상자				
			필요서비스 (중복 체크가능)	[ ] 언어발달진단 [ ] 언어재활 [ ] 기타( )			
	[ ]발달장애인 지원	발달 장애인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		[ ] 부 [ ] 모 [ ] 기타( )	
			장애 유형 및 정도	장애유형	[ ] 지적장애 [ ] 자폐성장애 [ ] 미등록(영유아)		
			장애 유형 및 정도	장애유형	[ ] 지적장애 [ ] 자폐성장애		
		주간 활동 및 방과후 활동 지원	지원유형	[ ] 주간활동서비스 ( [ ] 44시간 [ ] 88시간 [ ] 120시간) ※ 88시간/120시간 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. [ ] 방과후활동서비스			
	[ ]지역사회 서비스	지원대상자	지원대상자	서비스명			
	[ ]여성청소년 보건위생 물품지원	지원대상자	지원대상자	지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능		

[ ] 장애인 활동지원	지원대상자			
	진급활동지원	[ ] 해당 (* 신규신청자인 경우에만 신청 가능)		
	활동지원급여	신청유형	[ ] 신규신청 [ ] 변경신청 [ ] 갱신신청	
		(* 해당하는 항목에 모두 체크)	[ ] 장애상태의 변화	[ ] 학교생활
[ ] 직장생활			[ ] 취약가구	
[ ] 독거(1인)가구 (19세 이상)			[ ] 거주지 이전	
[ ] 나머지 가족의 사회생활			[ ] 조손가정 (19세 미만)	
특별지원급여	[ ] 출산 [ ] 자립준비 [ ] 보호자일시부재([ ] 결혼 [ ] 사망 [ ] 출산 [ ] 입원 [ ] 지역사회보호자) (* 해당하는 항목에 모두 체크)			
보 건 소 [ ] 산모신생아 건강관리지원	지원대상자	출산(예정)일	년 월 일	
	지원 유형	[ ] 단태아([ ] 첫째아 [ ] 둘째아 [ ] 셋째아 이상), [ ] 쌍생아([ ] 둘째아 [ ] 셋째아 이상) [ ] 삼태아 이상 [ ] 장애정도가 심한 산모		
	신청요건	기본 지원대상	[ ] 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) 소득기준 이하	
		예외 지원 대상 (해당자만)	[ ] 회귀난치성질환 산모 [ ] 장애인 산모 및 장애 신생아 [ ] 쌍생아 이상 출산가정 [ ] 셋째아 이상 출산가정 [ ] 새터민 산모 [ ] 결혼이민 가정 [ ] 미혼모 산모 [ ] 둘째아 이상 출산 산모 [ ] 분만 취약지 산모 [ ] 기타(소득기준 완화 등)	
서비스 제공 장소	[ ] 자택 [ ] 기타			
보건소·주민센터	지원대상자			
	[ ] 저소득층기저귀 교체분유지원	지원 유형 (중복 체크가능, 교체분유는 변경신청인 경우만 단독 신청가능)	기본지원대상 [ ] 기저귀([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타) [ ] 조제분유([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타) 예외지원대상 (지자체자체 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 본 신청서를 접수한 <b>보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.</b></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, 유아학비지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 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 <b>조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.</b></p> <p>3. 개인정보 보유 및 파기 같은 법 제34조에 따라 <b>5년간 보유</b>하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 <b>파기</b>함을 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 <b>허위 또는 기타 부정당한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우</b>, 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 <b>징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.</b></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, 소득재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 <b>변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 해당 급여는 환수</b>될 수 있으며, 관계 법률에 따라 <b>형사 처벌 또는 과태료 등의 처분</b>을 받을 수 있습니다.</p> <p>4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.</p>	[ ]
--	-----

추가제출 서류	<p>1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류</p> <p>2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함)</p> <p>3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증명 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함)</p> <p>4. 건강 진단서(해당자에 한함)</p> <p>5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설 입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류</p>
---------	--

본인(대리신청인 포함)은 개인정보활용동의와 기타 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인<sup>1)</sup>) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

**특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하**

1) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등  
210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 1-1호]

(사업별 서식 제3호)

## 사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

발급 대상자	대상자	성명(한글)	주민등록번호	
	대리인	성명(한글)	생년월일	대상자와의 관계
	미성년자 서	발급동의	① 징구 ② 미징구 ※ 만14세미만 아동은 법정대리인 동의 필요	

신청구분	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급	재발급사유	<input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타
------	--	-------	---

카드 수령지	수령인	<input type="checkbox"/> 발급대상자 <input type="checkbox"/> 보호자(가족 등)	대상자와의 관계 :	
		성명	생년월일	전화번호
	수령지	① 자택 ② 직장 ③ 읍·면·동주민센터 ※ 자택, 직장, 읍·면·동주민센터 중 희망 수령지를 체크하고 주소, 전화번호를 기재		
	자택	□□□□□	전화번호	-
	직장	□□□□□	전화번호	

본인 부담금 환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호
* 대상사업 : 노인돌봄종합서비스(방문·주간보호·단기가사), 장애인활동지원, 가사간병방문지원			

년    월    일

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

**특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 사회보장정보원장**

귀하

### 안내 및 유의사항

▶ **신청대상** : 만14세미만 아동, 만75세이상 노인, 노인단기가사서비스 대상자, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 사회서비스 전용 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 사회서비스 전용 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.

[서식 1-2호]

(사업별 서식 제3-1호)

## 사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서

카드발급 신청인 (지원대상자)	성명(한글)			
	주민등록번호			

법정대리인	성명(한글)			
	생년월일		연락처	-

상기 본인(법정대리인)은 카드 발급 신청인을 대리하여 국민행복카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인

(서명 또는 인)

사회보장정보원장

귀하

### 안내 및 유의사항

- 국민행복카드 발급 신청인이 만14세미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.

[서식 1-3호]

## 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

개인정보 제공동의	국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))을 위하여 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까? - 제공항목 : 성명, 연락처(자택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명 - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지  <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 동의함                      <input type="checkbox"/> 동의하지 않음                 </div>
-----------	---

신청카드 (택1)	BC카드 <input type="checkbox"/> IBK기업은행 <input type="checkbox"/> NH농협 <input type="checkbox"/> SC제일은행 <input type="checkbox"/> 롯데카드 <input type="checkbox"/> 삼성카드 <input type="checkbox"/> 경남은행 <input type="checkbox"/> 광주은행 <input type="checkbox"/> 대구은행 <input type="checkbox"/> 부산은행 <input type="checkbox"/> 수협은행 <input type="checkbox"/> 우리은행 <input type="checkbox"/> 전북은행 <input type="checkbox"/> 제주은행 <input type="checkbox"/> 우체국
--------------	--

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

                년            월            일

신청인(대리신청인) : \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 사회보장정보원장, 국민행복카드 사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드) 대표 귀하

### 안내 및 유의사항

**▶ 신청대상 : 만19세이상**

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 전자이용권(바우처) 사업은 국민행복카드 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우에는 가까운 국민행복카드 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 카드사별 홈페이지 접속 또는 콜센터에 연락하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 카드사의 신용심사결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌압류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지 않습니다.

[서식 1-4호]  
(사업별 서식 제5호)

## 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

### □ 개인정보 및 고유식별정보 처리 안내

- 수집·이용 항목
  - 신청서에 기재된 내역 일체 : 성명·주민등록번호·주소·연락처 등
  - 자산조사 및 자격정보 일체 : 소득·재산 등 자산정보 및 장애유형·등급 등 자격정보
  - 국민행복카드 정보 일체 : 신청정보·카드번호·이용내역 등
- 수집·이용 목적
  - 전자이용권 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
  - 바우처포인트 생성 및 이용대금 정산(본인부담금 납부·환급 포함)에 관한 업무
  - 전자이용권 서비스 제공·결제(보육료 및 유아학비 호환결제 포함)에 관한 업무
  - 국민행복카드 카드 제작 및 배송에 관한 업무
  - 전자이용권 서비스 중복수혜 및 부정수급 확인에 관한 업무
  - 전자이용권 서비스 만족도 조사 및 각종 안내문 발송에 관한 업무
  - 기타 전자이용권 서비스 제도 운영에 관한 업무
- 보유 기간 : 전자이용권 이용자격 종료 후 5년까지

### □ 개인정보 및 고유식별정보(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호
- 민 감 정 보 : 장애 및 질병 등 건강정보
- 관 련 법 률
  - 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
  - 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 시행령 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
  - 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 시행령 제37조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

### □ 개인정보 제3자 제공(목적·항목·제공처) 안내

- 국민행복카드 발급
  - 성명, 주소, 연락처 : 해당 카드사
- 보육료·유아학비 호환결제
  - 국민행복카드번호 : 보육통합정보시스템
- 중복수혜 및 부정수급 확인 등 제도 운영
  - 성명, 주민등록번호, 서비스 이용내역 : 유관 정부기관 또는 공공기관

### □ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- 개인정보 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
- 고유식별정보(민감정보 포함) 처리에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음
- 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

### □ 동의를 거부할 권리 안내

- 귀하는 상기 개인정보를 수집·이용하거나 제3자에게 제공하는 데 동의하지 않을 수 있으며, 동의를 거부하는 데 따르는 불이익은 없습니다. 다만, 동의 거부 시에는 전자이용권 서비스 대상으로 선정될 수 없음을 알려 드립니다.

본인은(대리신청인 포함)은 상기 내용을 확인합니다.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

20    년    월    일

신청인(대리신청인) :

(서명)

[서식 4-1호] 발달재활서비스 의뢰서

<b>발달재활서비스 의뢰서</b>			병록번호	
			연 번호	
신청인	성 명		생년월일	
	주 소	(전화)		
병 명		<input type="checkbox"/> 시 각	<input type="checkbox"/> 뇌병변	발병 연월일
(예견되는 장애 유형에 '√' 표시)		<input type="checkbox"/> 청 각	<input type="checkbox"/> 지 적	년 월 일
		<input type="checkbox"/> 언 어	<input type="checkbox"/> 자폐성	
발달재활 서비스 필요 분야*(서비스 필요영역에 <input checked="" type="checkbox"/> 표 하세요)				
영역		세부영역		
<input type="checkbox"/> 신체발달		<input type="checkbox"/> 감각	<input type="checkbox"/> 소근육	<input type="checkbox"/> 대근육
<input type="checkbox"/> 의사소통		<input type="checkbox"/> 구문/의미	<input type="checkbox"/> 음운/청력	<input type="checkbox"/> 화용
<input type="checkbox"/> 심리행동		<input type="checkbox"/> 행동문제	<input type="checkbox"/> 정서/심리	<input type="checkbox"/> 사회성
선택사항		<input type="checkbox"/> 지능		
향후 치료에 대한 소견				
( 언어, 청능, 미술심리재활, 음악재활, 행동, 놀이심리, 재활심리, 감각발달재활, 운동발달재활, 심리운동 등 필요한 발달재활서비스에 대한 소견 )				
첨부 검사자료에 따라 위와 같이 진단함.				
※ 검사자료 사본첨부				
년      월      일 (서명 또는 인)				
병 · 의원 주소(전화번호) :				
병 · 의원 명 :				
의사면허번호 : (                      )과 전문의 의사명 :				

\* 발달재활 서비스 필요영역은 1개 이상의 필요영역을 선택(모든 영역을 선택할 필요는 없음)