

사회복지서비스 및 급여 제공(변경) 신청서								처리기간 별도안내	
<input type="checkbox"/> 신규(제공)신청 <input type="checkbox"/> 변경신청 <input type="checkbox"/> 연장신청									
신청인	성명		주민등록번호 (외국인등록번호)		세대주와의 관계		전화번호		
	주소						휴대전화		
							전자우편		
가족사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	동거여부 (미동거 사유)	학력·재학여부 (학교명/학년반)	건강상태 (장애/질병)	취업상태		전화번호 (집/직장)
							직업	직장명	
※ 배우자 관계 ¹⁾ (<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼)									
부양의무자 ²⁾	수급자와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	주소	가구원수	소득	재산	월평균 지원금 ³⁾	전화번호
	의								
	의								
	의								
	의								
	의								

1) 해당자에 한함
 2) 부양의무자 조사 사업 해당자에 한함 (부양의무자 : ① 수급권자의 1촌의 직계혈족, ② 수급권자의 1촌의 직계혈족의 배우자)
 3) 월평균지원금 : 부양의무자가 신청자에게 정기적으로 지급하는 금품

		신청인(대리 신청인)의 범위	
안 내	공통	본인, 가족, 친족 ⁶⁾ , 사회복지담당공무원 및 기타 관계인	
	기 타 관 계 인	기초생활보장, 기초연금, 한부모가족지원	후견인, 보장시설의 장(한부모가족지원의 경우 보장시설 종사자, 보호대상자 자녀가 재학하는 학교의 교사, 북한이탈주민의 경우 하나원 종사자)
		영유아보육유아학비 초·중·고 학생 교육비	후견인, 영유아 및 학생을 사실상 보호하고 있는 자
		장애인복지	장애인을 보호하고 있는 장애인 복지시설의 장, 장애인을 사실상 보호하고 있는 자, 기타 보건복지부장관이 정하는 이해관계인
		장애인활동지원	시장·군수·구청장이 지정한 자
		청소년지원	청소년보호자, 청소년상담사, 「청소년기본법」 제3조제7호에 의한 청소년지도자 「사회복지사업법」 제11조에 의한 사회복지사, 그 밖의 보건복지부장관이 정하는 관계인
지역사회서비스투자사업(바우처)	후견인		

신청시 구비서류		추가제출서류
기초생활보장, 기초연금, 초·중·고 학생 교육비, 장애인, 장애인연금, 한부모가족, 기타(타법의료급여 ⁷⁾ , 개별제한 구역 생활비용 보조)	소득·재산신고서 (별지 제1호의2서식) 금융정보제공동의서 (별지 제1호의3서식)	1. 신청인(대리신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류(해당자에 한하며, 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류) 2. 제적등본(가족관계증명서로 부양의무자를 확인할 수 없는 경우에 한함) 3. 소득·재산 등의 확인에 필요한 서류(임대차 계약서, 급여명세서 등) 4. 건강 진단서(해당자에 한함), 5. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함) 6. 수업료 등 납입고지서(학비지원 신청자의 경우에 한함) - 1/4분기 : 수업료납입고지서(신입생인 경우 입학금고지서) - 2/4분기 이후 : 해당학교 재학조회 또는 당해 분기 납입고지서(신규신청) - 학원학습비 및 직원훈련비 등 납입고지서 7. 특별청소년지원 신청의 경우, 선정대상임을 증명하는 서류 또는 그 밖의 자료(보호자 부재·연락 두절, 학업 중단 등)
노인, 아동·청소년, 기타(차상위본인부담 경감, 희망키움통장(II))	소득·재산신고서 (별지 제1호의2서식)	8. TV 수신료, 전기요금, 휴대전화요금, 도시가스요금 영수증(해당자에 한함) 9. 청소년한부모자립지원대상자 중 자립촉진수당 신청자 - 취업훈련확인서, 취업확인서, 검정고시학원등록증빙자료, 재학증명서 또는 이와 동등한 효력을 가지는 서류 중 하나이상 제출 10. 노숙인 확인서 등(해당자에 한함)
사회복지서비스이용권 (바우처), 영유아보육·유아학비	사회복지서비스 이용권(바우처)제공(변경) 신청서 (별지 제1호의4서식)	11. 아이돌봄서비스 신청의 경우 취업증빙 서류 12. 농어촌양육수당 신청의 경우 농어업경영체 등록 확인서 또는 농업인확인서 13. 희망키움통장(II) 신청의 경우 별지 제13호서식 희망·내일키움통장 참여(변경) 신청서
제출하는 곳	관할 시·군·구청(읍·면 사무소 또는 동 주민센터). 단, 기초연금 지급 신청자는 국민연금공단에 제출 가능	

6) 친족 : 배우자, 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척

7) 「의료급여법」 제3조제1항제5호부터 제7호, 제9호에 해당하여 의료급여를 받고자 하는 수급권자

유 의 사 항

1. 보장구분별 처리기한은 기초생활 보장 14일(연장시 30일), 한부모가족 14일, 영유아보육, 유아학비14일, 기초연금 30일, 장애인 활동지원 30일, 장애인연금 30일, 특별정소년 30일, 사회복지서비스 20일, 초·중·고 학생 교육비 지원 70일 이내입니다.
2. 「사회복지사업법」 제44조제1항, 「국민기초생활 보장법」 제46조제2항, 「의료급여법」 제23조제1항, 「기초연금법」 제19조, 「장애인연금법」 제17조, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제35조 「한부모가족지원법」 제25조의2, 「장애아동복지지원법」 제29조 등에 의거 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우, 장애인연금을 받게 된 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에 보장비용을 지급한 보장기관은 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 징수할 수 있습니다.
3. 부정수급으로 적발된 경우 「국민기초생활 보장법」 제49조, 「기초연금법」 제29조제3항, 「영유아보육법」 제54조제3항4호, 「장애인연금법」 제25조제3항, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제47조 제3항, 「한부모가족지원법」 제29조, 「장애아동복지지원법」 제39조 「의료급여법」 제35조제4항 등에 의거 징역, 벌금, 구류 또는 과료에 처합니다.
4. 사회복지서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제35조에 따라 거짓 또는 그 밖의 부정한 방법으로 알아낸 사회복지서비스이용권(바우처) 정보를 보유하거나 이를 사용하여 사회복지서비스이용권을 사용한 자는 5년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처할 수 있으며, 동법 제38조에 따라 거짓 또는 그 밖의 부정한 방법으로 사회복지서비스이용권을 발급받거나 다른 사람으로 하여금 사회복지서비스이용권을 발급받게 한 자, 정당한 권한이 없는 자에게 사회복지서비스이용권을 판매·대여하거나 그 권리를 이전한 자, 사회복지서비스이용권에 기재된 사회복지서비스 대신 대가성 금전 등 금품을 받은 자는 1년 이하의 징역 또는 5백만원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.
5. 「사회복지사업법」 제33조의3제3항, 「국민기초생활 보장법」 제22조·제23조, 「의료급여법」 제3조의3, 「기초연금법」 제11조, 「장애인연금법」 제9조제8항, 제11조제4항, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제7조제6항 「한부모가족지원법」 제12조의4, 「초·중등교육법」 제60조의7 등에 의거 사회복지서비스 및 급여의 제공 여부의 결정에 필요한 조사를 거부, 방해, 기피할 경우 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지될 수 있으며, 「사회복지사업법」 제58조제2항, 「기초연금법」 제31조제1항, 「장애인연금법」 제27조에 의거 20만원 이하의 과태료를 부과할 수 있습니다.
6. 장애인연금의 차상위 부가급여를 신청하여 그 대상으로 선정되었으나 위탁심사 결과 장애등급이 경증으로 하락한 경우, 장애인연금 신청일을 기준으로 장애수당을 신청한 것과 동일하게 처리하는데 동의합니다
7. 복지대상자 선정 및 관련 법령에 따른 확인조사 시 「사회복지사업법」 제6조의2에 따른 정보시스템을 통해 확인된 소득·재산, 인적정보 등을 우선 적용 할 수 있습니다.
8. 본인은 이견 업무처리와 관련하여 「전자정부법」 제38조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당공무원의 가족관계에 관한 증명서 등 인적사항에 대한 사항과 별지 제1호의2서식 “소득·재산 신고서” 기재사항의 확인을 위한 정보조회에 동의합니다.(※ 주민등록등(초)본, 가족관계증명서, 외국인 등록사실 증명서, 토지등기부 등본, 건물등기부 등본 등에 대해 담당공무원의 확인에 동의하지 않을 경우 해당 서류를 직접 제출해야 합니다.)
9. 시장·군수·구청장이 국가 및 지방자치단체, 기타 관계기관(한국방송공사, 한국전력공사 등)에서 복지대상자에게 제공하는 각종 감면서비스 등의 신청을 대행하고 정보를 제공하는 것에 동의합니다.
10. 향후 제공 가능한 복지서비스를 받기 위해 복지서비스 연계를 신청하는 경우, 신청을 대행하고 관련 정보를 제공하는 것에 동의 합니다
11. 초·중·고 학생 교육비를 제공받기 위해서 본인의 관련 정보를 정부 및 지방자치단체, 기타 정부 및 지방자치단체 지정 기관(PC 설치업체, 인터넷 통신회사)에 제공하는 것에 동의합니다.
12. 사회복지서비스 및 급여 제공(변경) 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 아니합니다.

동 신청서를 접수한 시장·군수·구청장이 「사회복지사업법」 제33조의3에 따른 복지대상자 선정 및 보호 실시의 적정성 확인을 위한 목적으로 복지대상자에게 필요한 사회복지서비스 및 보건의료서비스에 관한 정보, 복지대상자와 부양의무자의 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 법령의 규정에 의한 사회복지서비스 수혜이력에 관한 정보, 기타 보호의 실시에 필요한 정보로서 금융·국세·지방세, 토지·건물·선박·차량·주택분양권, 국민건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·보훈급여·공무원연금·군인연금·사립학교교직원연금·별정우체국연금, 일용근로자소득내역·사업자등록증, 장애여부 및 장애의 정도, 고용정보·근로장려금·보건의료정보·노인장기요양보험·쌀소득등보전직접지불금, 주민등록전산정보·가족관계증명, 출입국, 병무, 교정, 초·중·고 학생 재학 정보 등 관련 정보를 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망을 통해 조회함에 동의하며, 같은 법 제33조의8에 따라 복지대상자가 아닌 자로 결정된 시점으로부터 5년간 보유하고, 그 기간이 경과하면 즉시 파기함을 고지합니다.

본인(대리신청인 포함)은 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았으며 위의 내용을 확인합니다.

년 월 일
 신청인(대리신청인) : _____ (서명 또는 인)
 신청인과의 관계 : _____ (대리신청의 경우)

사회복지서비스 이용권(바우처) 제공(변경) 신청서

		지원 대상자	신청구분			
<input type="checkbox"/> 보육료 지원 · 유아 학비 지원 (아이 행복 카드)			<input type="checkbox"/> 어린이집 영유아(0~2세) <input type="checkbox"/> 어린이집 다문화보육료	<input type="checkbox"/> 어린이집 영유아(3~5세), <input type="checkbox"/> 어린이집 장애아보육료	<input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세) <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후보육료	
			<input type="checkbox"/> 어린이집 영유아(0~2세) <input type="checkbox"/> 어린이집 다문화보육료	<input type="checkbox"/> 어린이집 영유아(3~5세), <input type="checkbox"/> 어린이집 장애아보육료	<input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세) <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후보육료	
			<input type="checkbox"/> 어린이집 영유아(0~2세) <input type="checkbox"/> 어린이집 다문화보육료	<input type="checkbox"/> 어린이집 영유아(3~5세), <input type="checkbox"/> 어린이집 장애아보육료	<input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세) <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후보육료	
<input type="checkbox"/> 노인 돌봄 종합 서비스		지원 대상자	<input type="checkbox"/> 일반노인 <input type="checkbox"/> 독거노인 <input type="checkbox"/> 부부가구	방문주요 서비스시간(일) <input type="checkbox"/> 월 27시간(9일)	<input type="checkbox"/> 월 36시간(12일)	
<input type="checkbox"/> 가사간병 문지업		지원대상자	서비스 내용		<input type="checkbox"/> 간병	<input type="checkbox"/> 가사 <input type="checkbox"/> 간병가사
		서비스시간	<input type="checkbox"/> 월 24시간 <input type="checkbox"/> 월 27시간			
		신청요건 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 소년소녀가정 <input type="checkbox"/> 중증질환자 <input type="checkbox"/> 희귀난치성질환자 <input type="checkbox"/> 1~3등급 장애인 <input type="checkbox"/> 한부모가족(법정보호세대) <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자			
신청 서비스	<input type="checkbox"/> 장애 아동 가족 지원	발달 재활 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)	
			장애등급	<input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 3급 <input type="checkbox"/> 4급 <input type="checkbox"/> 5급 <input type="checkbox"/> 6급 <input type="checkbox"/> 미등록		
		필요서비스 (중복 시 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 미술치료 <input type="checkbox"/> 음악치료 <input type="checkbox"/> 행동·놀이·심리운동치료 <input type="checkbox"/> 기타 ()			
	언어 발달 지원	지원대상자				
		필요서비스 (중복 시 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 청능치료 <input type="checkbox"/> 기타 ()			
	발달 장애 부모 심리 상담	지원대상자	자녀와의 관계		<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타()	
		장애 유형 및 등급	장애유형	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록(영유아)	장애 등급	<input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 3급
<input type="checkbox"/> 산모신생아 건강관리 지원 사업		지원대상자	출산(예정)일		년 월 일	
		지원기간	<input type="checkbox"/> 단태아(2주 12일) <input type="checkbox"/> 쌍생아(3주 18일) <input type="checkbox"/> 삼태아 이상(4주 24일) <input type="checkbox"/> 중증장애인 산모(4주 24일)			
		기본 지원 대상	<input type="checkbox"/> 소득기준 이하			
		신청요건 대상 (해당자만)	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환산모 <input type="checkbox"/> 여성장애인 산모 <input type="checkbox"/> 결혼이민자 가정 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상 출산 산모 <input type="checkbox"/> 분만취약지 산모 <input type="checkbox"/> 다태아 산모 <input type="checkbox"/> 새터민 산모 <input type="checkbox"/> 미혼모 산모 <input type="checkbox"/> 기타			
		서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타			
<input type="checkbox"/> 지역 사회 투자 사업		지원대상자				

첨부서류 (이용권 재발급 신청할 경우만 해당)	사회서비스 이용권(이용권이 손상되어 못쓰게 된 경우만 해당)	수수료 없음
------------------------------	-----------------------------------	-----------

「사회복지사업법」 제33조의2 및 같은 법 시행규칙 제19조의2와 「영유아보육법」 제34조의4 및 같은 법 시행규칙 제35조의3제1항, 「유아교육법시행규칙」 제4조, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제9조제1항과 제11조제3항 및 같은 법 시행규칙 제3조 제1항과 제4조제3항에 따라 사회복지서비스 이용권의 제공(변경)을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) 성 명 : (서명 또는 인)
신청인과의 관계 : (대리신청인 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

바우처 카드(가상) 발급(재발급) 및 개인정보 제공·활용 동의서

발급 대상자	대상자	성명(한글) (영문)	주민등록번호
	대리인	성명	주민등록번호 대상자와의 관계
	미성년자 발급동의서		① 징구 ② 미징구
신청 카드	신청구분	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급	재발급사유 <input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타
	실물카드	<input type="checkbox"/> 노인돌봄종합서비스 <input type="checkbox"/> 장애인활동지원 <input type="checkbox"/> 가사·간병방문 <input type="checkbox"/> 장애아동재활치료 <input type="checkbox"/> 언어발달지원 <input type="checkbox"/> 지역사회서비스투자-지역개발형 <input type="checkbox"/> 노인돌봄단기가사활동지원서비스	
	가상카드 (인증번호)	<input type="checkbox"/> 산모·신생아건강관리지원 <input type="checkbox"/> 노인돌봄단기가사활동지원서비스 <input type="checkbox"/> 발달장애인부모심리상담서비스 <input type="checkbox"/> 치매가족휴가지원서비스	
실물 카드 수령지	수령인	<input type="checkbox"/> 발급대상자 <input type="checkbox"/> 보호자(배우자)	※ 수령자가 보호자(배우자)인 경우, 성명, 주민번호, 연락처를 기재
		성명	주민등록번호 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
* 대상사업 : 노인돌봄(종합), 장애인활동지원, 가사간병방문, 장애아동재활치료, 언어발달지원, 지역사회서비스투자 (지역개발형), 노인돌봄단기가사활동지원서비스			
가상 카드 (인증번호) 수령 휴대전화 번호	가입자	성명	주민등록번호 대상자와의 관계
	휴대전화	전화번호	이동통신사
	* 대상사업 : 산모·신생아건강관리지원, 지역사회서비스투자-아동인지능력향상서비스, 노인돌봄단기가사활동지원서비스, 발달장애인부모심리상담서비스, 치매가족휴가지원서비스 * 휴대전화 가입자의 범위 : '사회복지서비스 및 급여 제공(변경) 신청서'에 따른 신청인의 범위와 동일 (본인, 배우자, 친족, 기타관계인)		
환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호
	* 대상사업 : 노인돌봄(종합), 장애인활동지원, 가사간병방문관리지원, 노인돌봄단기가사활동지원서비스		

년 월 일

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

한국보건복지정보개발원장

귀하

【 개인정보 수집 및 이용 동의서 】	
본 기관(복지부 및 한국보건복지정보개발원)은 「사회복지사업법」 시행령 25조의 2 (민간정보 및 고유식별정보의 처리) 및 「개인정보 보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용)에 의거하여 민감정보 및 고유식별정보를 수집합니다.	
□ 개인정보 수집 항목 ○ 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호 ○ 개인정보 : 성명, 주소, 연락처, 예금 계좌, 대상자 자격판정 자료 (신청서, 결과통보서 등에 기재된 기본정보, 금융정보, 장애정보, 가구정보, 소득정보), 개인이력 (서비스 제공이력)	
□ 개인정보 수집 및 이용 목적 ○ 사회복지서비스 전자바우처 제도 관련 본인 확인절차 및 만족도 조사에 활용 ○ 바우처의 생성 및 본인부담금 납부·환급 업무에 활용 ○ 서비스 제공을 위한 바우처 카드 제작 및 배송 ○ 서비스 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송 ○ 서비스 중복수혜 및 부정수급 확인 ○ 기타 사회복지서비스 전자바우처 제도 운영에 필요한 자료로 활용	
□ 개인정보 보유 및 이용기간 ○ 상기 개인정보는 전자바우처 사업기간 동안 보유 및 이용됩니다. ○ 상기 개인정보의 이용 목적이 소멸된 경우에도 사회복지서비스 전자바우처 제도 운영 등 이용목적이 분명한 경우는 개인정보를 보유할 수 있음을 안내하여 드립니다.	
□ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 ○ 상기 내용은 사회복지서비스 전자바우처 업무와 지원을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음 입니다. 다만, 전자바우처 서비스를 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.	
□ 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의 “개인정보 보호법”에 명기된 관련 법률에 의거, 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	
□ 중요한 개인정보 수집에 관한 별도 동의 ○ 고유식별정보 수집에 관한 동의 본 기관은 사회복지서비스 제공을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호 등)을 수집하고 있습니다. - 사회복지서비스 전자바우처 제도 관련 서비스 제공 계약 및 본인 확인절차	
※ 고유식별정보 수집에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	
○ 개인정보의 목적외 이용 또는 제3자 제공에 관한 동의 본 기관은 사회복지서비스 제공을 위하여 수집한 개인정보를 아래의 내용과 같이 제공하고 있습니다. - 본인부담금 납부·환급 및 만족도조사 업무 수행에 활용 - 서비스 제공을 위한 바우처 카드 제작 및 배송을 위한 정보제공 - 사회복지서비스 전자바우처 결제를 위한 인증번호 송·수신(SMS) - 서비스 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송을 위한 정보제공 - 국민건강보험공단 및 유사서비스 제공 정부기관에 서비스 중복수혜 및 부정수급 등을 확인하기 위해 개인식별번호 및 서비스 내역 등의 정보제공	
※ 목적 외 이용 및 제3자 제공에 동의하십니까 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	
□ 휴대전화 관련 개인정보의 제공 및 활용 동의(본인 휴대폰이 아닌 경우) 전자바우처 대상자에 대한 SMS 인증결제 이용과 관련하여 다음의 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 내용을 이해하고 이에 동의합니다. 1. 제공할 개인정보의 내용 - 개인식별정보 (성명, 주민번호), 휴대전화식별정보(휴대전화번호, 이동통신사), 대상자와의 관계 2. 수집정보 활용 - 사회복지서비스 전자바우처 전자결제를 위한 인증번호 송·수신(SMS) 동의인 : (서명)	
개인정보 보호법에 명기된 법률상의 개인정보처리자가 준수하여야 할 개인정보보호 규정을 준수하고, 관련법령에 의거하여 대상자의 권익보호에 최선을 다하고 있으며 허가된 이용 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다. ※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.	
신청인(대리인): (서명) (필요시) 법정대리인: (서명) 연락처:	20 년 월 일

미성년자 바우처 실물카드 발급 동의서

실물카드 발급 신청인 (지원대상자)	성명(한글)	
	주민등록번호	
보호자 (법정대리인)	성명(한글)	
	주민등록번호	연락처 -

상기 본인(보호자)은 실물카드 발급 신청인의 법정대리인으로서 바우처 카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

보호자
(법정대리인)

(서명 또는 인)

귀하

한국보건복지정보개발원장

작성방법 및 유의사항

- 서비스 신청인(바우처 실물카드 발급 대상자)이 만18세미만 미성년자인 경우에만 작성합니다.
- 실물카드 발급 신청인란에 바우처 카드 발급 대상자 정보를 입력합니다.
- 보호자(법정대리인)와 카드 발급 신청인과의 관계는 행복e음 등을 통해 공부 상으로만 확인하고 별도의 서류를 제출받지 않습니다.

**사회복지서비스 및 급여 [결정(적합) 결정(부적합)
 변경 · 정지 · 중지 · 상실] 통지서**

신청인/ 세대주	성명		생년월일		전화번호	
	주소				휴대전화	
	신청내용	신청구분			급여·서비스내용	

비고

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **기초생활보장 수급자**로 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	급여개시일
	개인별 성명 전체 명시				

2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 선정기준을 초과하거나 다음의 사유가 발생한 경우에는 자격이 중지, 변경되거나 급여가 감소 될 수 있습니다.

- 중지 : 외국에 최근 6개월간 통산하여 90일을 초과하여 체류하는 경우, 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「치료감호법」에 따른 교정시설 또는 치료감호시설에 수용중인 경우, 실종신고 절차가 진행 중인 경우, 가출 또는 행방불명으로 신고된 후 1개월이 지났거나 해당 사실을 보장기관이 확인한 경우, 수급권자에게 급여가 필요 없게 되거나 수급권자가 그 전부 또는 일부를 거부한 경우 등
- 변경 : 수급권자 및 부양의무자의 소득·재산 및 근로능력에 변동이 있는 경우 등
- 급여감소 : 3개월 중 30일 이상의 기간 동안 입원중인 경우 등

3. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고하여 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 형사처벌을 받을 수 있습니다.

4. 기초생활수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 등 금융권에 수급자 증명서를 함께 제출하여 **입류방지통장**을 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 한부모가족 영유아보육 장애인복지 기타()급여대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	보장기간
	개인별 성명 전체 명시				

2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 보장기간 중이라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지될 수 있습니다.

3. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받은 경우 부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 **환수될 수 있으며**, 부정 수급한 경우 형사 처벌을 받을 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **장애인연금 지급 대상자**로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

구분	성 명	금융기관	계좌번호
본인			
배우자			

3. 연금은 신청한 날이 속하는 달(사전신청의 경우 18세가 되는 달)부터 수급권이 소멸하는 날이 속하는 달까지 매월 20일에 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
4. 다음의 사유가 발생하였을 때에는 30일 이내에 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 반드시 신고하여야 합니다.
 - 수급권 상실 : 사망, 국적상실, 국외이주, 소득과 재산의 증액으로 소득인정액이 선정기준액을 초과, 장애등급 변경 등으로 중증장애인에 해당하지 아니하게 된 경우
 - 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」 또는 「치료감호법」에 따른 교정시설 또는 치료감호시설에 수용중인 경우, 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우, 국외체류기간이 60일 이상 지속된 경우
5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 연금은 **환수되고**, 과태료가 부과 되거나 형사 처벌 받으실 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **특별지원청소년 대상자**로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 보호자, 지원기관, 지원내용은 아래와 같습니다.

보호자	성 명		관계		생년월일	
	주 소			연락처		
지원기관	기관명			대표자		
	주 소			담당자		
				연락처		
지원내용						

3. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득재산 등에 **변동**이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 **신고**하여야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 **선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지**될 수 있습니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수**할 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **아동·청소년복지 대상자 (소년소녀가정보호비 / 그룹홈·가정위탁보호비 / 기타)로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 **변동**이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면 사무소 또는 동 주민센터에 **신고**하셔야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 **중지**될 수 있습니다.
3. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수**할 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **기초연금 지급대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급예정 연금액 및 연금지급 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

구분	성 명	기초연금 급여액*	금융기관	계좌번호
본인		원		
배우자		원		

* 이 금액은 예상연금액으로 실제금액과 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 입금**될 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 「치료 감호법」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 환수**되고, **과태료가 부과**되거나 **형사 처벌**을 받을 수 있습니다.

1. 귀하는 위와 같이 **노인복지 대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 **변동**이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면 사무소 또는 동 주민센터에 **신고**하셔야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 **중지**될 수 있습니다.
3. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수**되고, **형사 처벌**을 받을 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **활동지원수급자로 결정**되었음을 알려드립니다
2. 귀하의 활동지원 등급과 지급예정 월 한도액 등은 아래와 같습니다.

활동지원등급	등급	인정점수	점	
급여의 종류 및 내용	[] 활동보조 [] 긴급활동지원 [] 방문목욕 [] 방문간호			
월 한도액	월	원	기본급여	월 원
			추가급여	월 원
본인부담금	월	원	기본급여	월 원
			추가급여	월 원
본인부담금 납부계좌				
급여개시일				
유효기간	~			
수급자격심의위원회의견				

3. 수급자가 활동지원급여를 받기 위해서는 활동지원기관에 사회복지서비스 및 급여 결정통지서를 제시하여야 합니다.
4. 본인부담금은 기본급여의 본인부담금과 추가급여의 본인부담금 합으로 계산됩니다.
※ 단, 긴급활동지원은 본인부담금이 면제됩니다
5. 법 제33조에 따라 「국민기초생활 보장법」의 수급자는 본인부담금이 면제됩니다.
6. 「국민기초생활 보장법」의 차상위계층 또는 「의료급여법」의 수급자는 시행규칙 [별표 6]에 따라 기본급여의 본인부담금은 6%미만에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액이 되고, 추가급여의 본인부담금은 면제됩니다.
7. 활동지원급여 이용 시 기본급여와 추가급여를 합한 총 월 한도액 범위 내에서 활동지원급여 이용이 가능하며, 이를 초과하는 비용은 본인 이 부담합니다.
8. 활동지원수급자격의 갱신 신청을 하고자 할 경우에는 **유효기간이 끝나기 90일 전부터 30일 전까지**의 기간에 특별자치도·시·군·구에 신청하여야 합니다.
9. 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제3항에 따라 「국민기초생활 보장법」 제32조의 다른 보장시설에 입소한 경우, 금고 이상의 실형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」의 교정시설, 「치료감호법」의 치료감호시설에 수용중인 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속 된 경우 및 「의료법」 제3조의 의료기관에 30일 이상 입원 중인 경우, 「장애인복지법」 제32조에 따른 장애 1급 또는 2급에 해당하지 아니하게 된 경우 및 다른 법령에 의하여 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

1. 귀하가 신청한 사회복지서비스 조사·심의 결과 **사회복지서비스 이용권(바우처) 대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.

지원대상		사회서비스명	정부지원액 (월)	본인부담금 (월)	본인부담금 납부계좌	이용권 유효기간
대상자 성명	생년월일					

* 서비스 제공기관 : 이용안내문 참조

2. (본인부담금 납부) 사회복지서비스 이용권을 이용하기 위해서는 사업별로 지정된 방법으로 본인부담금을 매월 말일까지 납부해야 합니다.
 - 노인돌봄종합서비스, 가사·간병방문지원사업 : 한국보건복지정보개발원 지정 계좌
 - 산모·신생아 건강관리 지원사업, 기타 사회복지서비스 : 제공기관 지정계좌
3. (서비스 개시) 사회복지서비스 이용권(바우처카드, 가상카드 포함) 수령 후 지정된 계좌에 본인부담금을 납부하면 다음달 1일부터 서비스를 이용할 수 있습니다.
 - 단, 노인돌봄종합서비스 중 '단기가사서비스'의 경우는 본인부담금 납부 다음 날부터 서비스 이용이 가능합니다.
4. (지원제한) 지역사회서비스투자사업은 1인당 연간 2개 서비스까지 지원받을 수 있습니다.

5. (이용자 준수사항)

- 사회복지서비스 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.
- 사회복지서비스 이용권을 위법·부당하게 이용한 경우 법에 의거 형사 처벌 받을 수 있습니다.
- 지역사회서비스투자사업과 가사·간병방문지원사업은 연속하여 2개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우 자격이 직권으로 중지될 수 있습니다.
- 이용자 신고, 행정기관 확인조사, 사회복지서비스 이용권 제공계획 변경 등에 따라 이용자 자격 또는 서비스 내용이 변경될 수 있습니다.

1. 귀하는 위와 같이 **개발제한구역 생활비용 보조 지급대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 귀하께서는 금년 1월 1일부터 지출한 생활비용 지출내용을 항목별로 아래와 같이 기재한 후 증빙서류를 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 60만원을 한도로 귀하께서 신청시 지정한 **계좌로 입금**될 예정입니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 연금은 환수**되고, **형사 처벌** 받으실 수 있습니다.

1. 귀하는 **아이돌봄 서비스 지원대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.

급여대상자	생년월일	서비스유형	지원유형	보장기간/지원시간
개인별 성명 전체 명시				

2. 아이돌봄 서비스는 아이돌봄 홈페이지(<https://idolbom.mogef.go.kr>)에서 신청 후 본인부담금을 선입금 하신 후 이용하실 수 있습니다. 가까운 서비스 제공기관 및 서비스 이용절차는 대표번호(☎1577-2514) 혹은 아이돌봄 홈페이지(<https://idolbom.mogef.go.kr>)를 참고하시면 됩니다.
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 환수**되고, **형사 처벌**을 받을 수 있습니다.
5. 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준 초과, 여성가족부 및 시도·시군구가 규정한 '서비스 이용 준수사항' 위반시 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.

1. 귀하는 **타법 의료급여 지원대상자로 결정**되었음을 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, 진료후 필요한 경우에 의료급여의뢰서를 발급받아 상급 의료급여기관을 이용할 수 있습니다.(노숙인 등은 노숙인진료시설로 지정된 의료급여기관에 의료급여 신청)
4. 의료급여수급권자가 의료급여를 받을 수 있는 일수는 다음 각 질환별 연간 365일이며, 불가피하게 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아야 할 때에는 사전에 시장·군수·구청장으로부터 연장승인을 받아야 합니다.
 - 보건복지부장관이 고시하는 희귀난치성질환 및 중증질환 각 질환별 연간 365일

- 11개 만성 고시질환 각 질환별 연간 365일
 - 희귀질환 및 중증질환 및 11개 만성질환에 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 우선돌봄 차상위 자격에 대한 조사·심의 결과 차상위 우선돌봄 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의관계	보호대상자	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, 보장기간 중이라 하더라도 자격대상자 선정기준을 초과할 시에는 자격이 중지될 수 있습니다.

□ 부적합				
신청내용	보장구분			급여·서비스내용
부적합사유	<input type="checkbox"/> 소득인정액이 선정기준액을 초과 <input type="checkbox"/> 부양의무자 부양기준 초과 <input type="checkbox"/> 수급자격심의회결과 수급자격 미인정 <input type="checkbox"/> 기타()			
안 내	1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사심의회 결과 위와 같은 사유로 사회복지서비스급여의 실시가 부적합한 것으로 결정되었습니다. 2. 이후 소득재산, 부양의무자, 장애, 질병, 거동불편 등 개인 또는 가구여건 등의 변화 등의 변동으로 생활이 어려워 사회복지서비스·급여가 필요할 경우에는 다시 신청하실 수 있으며, 보장기준에 적합할 시는 사회복지서비스·급여를 제공할 수 있음을 알려드립니다.			
□ 변경·정지·중지·상실				
□ 변경	일 자	년 월 일 부터	내 용	
	사 유	<input type="checkbox"/> 소득·재산·근로능력 변동 <input type="checkbox"/> 가구원의 사망·출생·현역입대·교정시설 수용 등의 가구원 변동 <input type="checkbox"/> 가구원의 전·출입 등 거주지 변동 등 <input type="checkbox"/> 기타()		
□ 정지	일 자	년 월 일 부터	내 용	
	사 유	<input type="checkbox"/> 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우 <input type="checkbox"/> 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우 <input type="checkbox"/> 해외체류기간 90일 이상 지속된 경우(기초연금, 장애인연금의 경우 60일 이상) <input type="checkbox"/> 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우와는 제외) <input type="checkbox"/> 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우 <input type="checkbox"/> 기타()		
□ 중지	일 자	년 월 일 부터	내 용	
	사 유	<input type="checkbox"/> 소득·재산 등 선정기준 초과 <input type="checkbox"/> 부양의무자의 부양사실 확인(부양기준 초과) <input type="checkbox"/> 보장시설입소, 교정시설 수용 등 주거실태의 변동 <input type="checkbox"/> 최근 6개월간 통산 90일초과 해외체류(장애인활동지원수급자의 경우 해외체류기간 60일 이상, 유아학비의 경우 해외체류기간 31일 이상) <input type="checkbox"/> 보호대상자의 급여 중지 요청 <input type="checkbox"/> 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우 <input type="checkbox"/> 장애인활동지원수급자가의료기관에 30일 이상 입원중인 경우 <input type="checkbox"/> 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 유사한 급여를 받는 경우 <input type="checkbox"/> 기타()		
□ 상실	일 자	년 월 일 부터	내 용	
	사 유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 기초연금법 제3조제3항에 따른 직역연금 수급권 발생 <input type="checkbox"/> 국적상실 <input type="checkbox"/> 국외이주 <input type="checkbox"/> 소득·재산 등 선정기준 초과 <input type="checkbox"/> 장애등급의 변경으로 중증장애인(장애인활동지원수급의 경우 1급) 미해당 <input type="checkbox"/> 기타()		

비 고

※ 처리기한 경과사유 등

1. 사회복지서비스 및 급여 신청(변경) 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 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** : 시장·군수·구청장의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 **60일** 이내 해당 시장·군수·구청장을 거쳐 시·도지사에게, 시·도지사의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내에 보건복지부장관에게 구두 또는 서면으로 신청
 - 2) **한부모가족, 장애인복지, 장애인활동지원, 영유아보육, 유아학비** : 결정 통지받은 날로부터 **90일** 이내 서면으로 ·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 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) 사회복지서비스 이용권(바우처) 사업 : 결정 통지받은 날로부터 60일 이내 서면으로 ·구청장에게 신청
 - 6) **우선돌봄차상위** : 시장·군수·구청장의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내 해당 시장·군수·구청장을 거쳐 시·도지사에게, 시·도지사의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내에 보건복지부장관에게 구두 또는 서면으로 신청
 - 7) 다른 법률에 규정이 없는 경우 「민원사무처리에 관한 법률」 제18조에 의해 결정일로부터 **90일 이내** 처분청에 이의신청을 할 수 있습니다.
3. 위 결정사항에 대해서 이의신청과는 별도로 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(결정이 있었던 날부터 180일 이내) 시·도지사 소속 행정심판위원회에 서면으로 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

직인

[별지 제12호서식] <개정 2012.3.5>

이 의 신 청 서					처리기간 별도안내
신 청 인	성 명		주 민 등 록 번 호 (외국인등록번호)		
	주 소	(전화번호 :)			
대 신 청 리 인	성 명		주 민 등 록 번 호 (외국인등록번호)	신청인과의 관계	
	주 소	(전화번호 :)			
이 의 신 청 구 분		<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 보장변경/중지/정지/상실 <input type="checkbox"/> 환수 <input type="checkbox"/> 기타			
<input type="checkbox"/> 처 분 이 있 음 을		년	월	일	
<input type="checkbox"/> 처분통지를 받은 경우 통지를 받은		년	월	일	
처분의 내용 또는 통지된 사항					
이의신청 취지 및 사유					
<p>「국민기초생활 보장법」 제38조, 「한부모가족지원법」 제28조, 「긴급복지지원법」 제16조, 「기초노령연금법」 제15조, 「장애인복지법」 제84조, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제36조, 「의료급여법」 제30조제1항, 「장애인연금법」 제18조 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제12조제1항 및 「민원사무처리에 관한 법률」 제18조에 따라 위와 같이 이의신청을 합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인 (서명 또는 인)</p> <p>특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하</p>					
안 내	<p>1. 시장·군수·구청장이 이의신청을 접수한 날로부터 10일 이내에 이의신청에 대한 의견서와 관계서류를 첨부하여 시·도지사에게 송부합니다. 다만, 기초노령연금 결정에 대한 이의신청은 특별자치도지사·시장·군수·구청장 또는 국민연금관리공단이 이의신청을 접수한 날로부터 7일 이내(단, 특별한 사유가 있는 경우에는 60일 이내), 의료급여 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 이의신청은 60일 이내(30일 범위 내 연장가능), 한부모가족지원 및 장애인복지 관련 이의신청의 경우에는 30일 이내, 장애인연금 결정 등에 대한 이의신청은 15일 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내), 장애인활동지원은 특별자치도지사·시장·군수·구청장이 접수한 날로부터 60일 이내(30일 범위 내 연장가능), <u>사회서비스이용권 발급 관련 이의신청은 시장·군수·구청장이 접수한 날로부터 15일 이내결정통지 처리합니다.</u></p> <p>2. 시·도지사는 시·군·구청장으로부터 이의신청을 송부 받은 날로부터 30일 이내에 처리합니다. 다만, 긴급복지지원 관련 이의신청의 경우 시·도지사는 시·군·구청장으로부터 이의신청을 송부 받은 날로부터 15일 이내에 처리합니다.</p>				
구비서류	<p>1. 이의신청의 내용을 확인할 수 있는 서류 1부 2. 신청인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류 3. 위임장 및 대리인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류(기초노령연금관련 이의신청을 대리하는 경우에만 해당합니다)</p>				수수료 없음

210mm×297mm 일반용지 60g/㎡(재활용품)

사회복지서비스(바우처카드) 신청 안내문

(읍·면·동 비치용)

1. 전자바우처 카드로 시행되어지는 사회복지서비스(노인돌보미, 중증장애인활동보조, 가시간병방문관리지원, 지역사회 서비스투자사업, 장애아동재활치료)는 반드시 보건복지정보개발원에서 발급하는 바우처 카드를 발급받으셔야 서비스를 이용할 수 있습니다.
 - 카드가 수령지로 직접 배송되므로 수령을 거부하시거나 폐기하시면 서비스를 받는데 차질이 생깁니다.
2. 발급된 카드는 반드시 서비스 대상자 및 보호자가 보관하고, 타인에게 대여 또는 양도를 할 수 없습니다.
3. 카드 분실에 주의하시고 분실하신 경우 즉시 재발급 신청을 하시면 됩니다.
 - 바우처 카드에 바우처 이용권이 담겨 있으므로 바우처 카드가 없는 경우 원칙적으로 서비스 이용 불가
 - 별도의 수수료 없이 국고보조금으로 바우처 카드 재발급 비용을 충당하고 있어 카드 분실로 인한 추가 비용이 발생하지 않도록 바우처 카드 보관에 유의
4. 바우처 카드로 다양한 사회복지서비스의 이용이 가능하므로 현재 받고있는 서비스가 종료되더라도 바우처 카드 보관 필요
5. 사회복지서비스 전자바우처 포털(www.socialservice.or.kr)에서 회원가입 후 서비스 대상자별 바우처 잔량 및 사용내역 등을 조회할 수 있습니다.

사회서비스 이용자 본인부담금 미납에 따른 중지 신청서

사업명(사업코드)	
제 공 기 관 명	
이 용 자 명	
이용자 생년월일	
서비스이용기간	
본인부담금 미납 기간	
중단요청 사유	

지역자율형 사회서비스 투자사업 안내에 따라 본인부담금 미납에 의한 서비스 이용 자격 정지를 요청하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

지역사회서비스투자사업(지역개발형바우처) 종료(예정)안내문(예시 1)

1. 현재 귀하께서 이용하고 계신 사회복지서비스의 바우처 지원기간이 20 년 월 일로 종료됨에 따라 해당 서비스에 대한 정부 지원은 중단될 예정입니다.
2. 귀하께서 이용하신 서비스에 대한 정부 지원은 최대 1회에 한해 연장 가능합니다.
 - 다만 바우처 지원기간 종료 월부터 계속해서 이용하고 계신 서비스에 대한 바우처 지원을 받으시려고 하시는 경우 20 년 월 일까지 첨부 서류를 지참하셔서 읍·면·동사무소에 서비스를 재신청하셔야 합니다.
 - ※ 해당 기간이 지난 후에도 재신청은 가능하나, 매월 ○○일 이전에 재신청하신 경우 다음달부터, 매월 ○○일 이후에 재신청·전송한 경우 다음달부터 바우처 지원기간이 연장됩니다.
 - 또한 지원 이용자 선정은 예산 여건이나 우선순위 등을 감안하여 이루어지므로 귀하께서 신청하신 경우에도 지원기간이 연장되지 않을 수 있음을 알려드립니다. 이와 함께 예산 조정이나 정책변경이 있는 경우 서비스 내용이 변경되거나 조기에 중지될 수 있음을 알려 드립니다.
 - 정부 지원이 중단되더라도 이용하고 계신 서비스는 제공기관과의 계약에 의해 전액 본인부담으로 계속 이용할 수 있습니다.
3. 귀하께서 이용하신 서비스에 대한 이용대금 결제를 서두르셔야 합니다.
 - 귀하께서 소지하고 계신 바우처 카드의 정부 지원 금액은 바우처 지원기간 종료 예정일로부터 30일 이내에만 사용이 가능하며 이후에는 사용하지 수가 없으니, 결제가 늦어지지 않도록 유의하여 주시기 바랍니다.
 - ※ (예시) 바우처 지원기간 종료 예정일이 20 년 월 일인 경우 20 년 월 일까지는 바우처 카드를 통한 정부 지원액 결제가 가능하나 그 이후에는 정부 지원금이 자동 소멸되어 결제가 불가합니다.
 - 다만 향후 다른 지역사회서비스 이용시 현재 가지고 계신 바우처 카드는 지속 사용이 가능하오니 바우처 카드를 잘 보관하여 주시면 감사하겠습니다.
4. 위 내용 중 보다 자세한 안내가 필요하시거나 기타 도움이 필요하시면 읍·면·동 사무소 또는 관할 시·군·구에 연락하여 주시기 바랍니다.

첨부 서류

지역사회서비스투자사업(지역개발형바우처) 종료(예정) 안내문(예시 2)

1. 현재 귀하께서 이용하고 계신 사회복지서비스의 바우처 지원기간이 20 년 월 일부터 종료됨에 따라 해당 서비스에 대한 정부 지원은 중단될 예정입니다.
 - 바우처 지원기간이 종료된 이후에는 해당 서비스에 대한 정부 지원 연장신청이나 재신청은 불가합니다.
 - 다만 귀하께서 계속 서비스를 이용하고자 하는 경우에는 해당 제공기관과의 계약을 통해 전액 본인부담으로 이용할 수 있습니다.(일부 기관 제외)

2. 귀하께서 이용하신 서비스에 대한 이용대금 결제를 서두르셔야 합니다.
 - 귀하께서 소지하고 계신 바우처 카드의 정부 지원 금액은 바우처 지원기간 종료 예정일로부터 30일 이내에만 사용이 가능하며 이후에는 사용하지 수 없으니, 결제가 늦어지지 않도록 유의하여 주시기 바랍니다.
 - ※ (예시) 바우처 지원기간 종료 예정일이 20 년 월 일인 경우 20 년 월 일까지는 바우처 카드를 통한 정부 지원액 결제가 가능하나 그 이후에는 정부 지원금이 자동 소멸되어 결제가 불가합니다.
 - 다만 향후 다른 지역사회서비스 이용시 현재 가지고 계신 바우처 카드는 재활용이 가능하오니 바우처 카드를 잘 보관하여 주시면 감사하겠습니다.

3. 그동안 서비스를 이용해 주신 여러분께 감사드리며, 향후에도 끊임없는 사업 개발과 보다 더 나은 서비스로 여러분의 복지향상을 위해 더욱 노력하겠습니다.

4. 위 내용 중 보다 자세한 안내가 필요하시거나 기타 도움이 필요하시면 읍·면·동 사무소 또는 관할 시·군·구에 연락하여 주시기 바랍니다.

사회복지서비스 이용안내문 (○○○서비스)

[사회복지서비스 이용 안내사항]

1. 서비스이용자는 상기의 서비스종류(노인돌봄종합서비스, 장애인활동지원서비스, 산모신생아건강관리서비스, 지역사회서비스투자사업) 중 통보서에 표기된 서비스를 이용하실 수 있습니다.
2. 서비스이용자는 제공기관 정보를 참조하여(뒷면) 본인에게 필요한 사항을 해당 서비스제공기관과 상담한 후, 적절한 기관을 선택하여 계약을 체결하여야 합니다.
3. 서비스이용자는 제공받은 바우처를 이용하여 서비스를 제공받을 수 있으며, 바우처를 초과하는 비용은 본인이 부담하셔야 합니다.
4. 바우처카드는 타인에게 대여 또는 양도를 하실 수 없습니다.
5. 지역사회서비스는 1인당 연간 2개 까지만 바우처로 이용할 수 있으며, 2개월간 결제 실적이 없는 경우 중단될 수 있습니다.
6. 예산조정, 정책변경 등 사유가 있는 경우 서비스 변경 또는 조기에 중지될 수 있습니다.
7. 서비스별 지원기간까지 서비스 이용이 가능하며 그 기한이 만료시 서비스는 자동 종료됩니다.
(반드시 서비스별 지원기간을 확인하시기 바랍니다).

▣ 서비스 내용 및 바우처

서비스내용	▶ 해당 사업 서비스 내용 명시
바우처가격	서비스 총 가격 : 월 000만원 바우처 지원액 : 월 00만원(정부지원) 본인 부담금 : 월 00,000원
본인부담금	정부에서 지원하는 월00만원을 제외한 추가금액은 본인이 부담합니다. 귀하가 납부할 금액은 월 00만원(본인부담금)입니다. 납부는 서비스가 시작되기전(매월 00일)까지 납부계좌로 납부하셔야 합니다. * 부득이 현금 납부시에는 영수증을 발급받아 보관하셔야 합니다.

♣ 위 내용 중에서 보다 더 자세한 안내가 필요하시거나 서비스 이용과정에서 문의사항 기타 도움이 필요하시면 읍·면·동 주민센터 또는 해당 시·군·구에 연락 주시기 바랍니다.

♣ www.socialservice.or.kr에서 제공기관 검색, 바우처 잔량 등 확인 가능

※ 보다 자세한 정보는 사회서비스 전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)에서 찾아보실 수 있습니다.

(인근지역 서비스 제공기관 현황, 제공기관 품질평가 결과 등) 정책과 요청 사항