

냉동난자 사용 보조생식술 지원 신청서

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

(앞면)

접수번호	접수일	처리기간 30일
신청인	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	
배우자	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	
사용할 동결보존 중인 난자	배아생성의료기관명	
	사용할 난자 수(개)	동결보존 동의서 관리번호

「모자보건법」 제11조제2항제4호에 따른 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

배우자

(서명 또는 인)

진안군 보건소장 귀하

첨부서류	1. 개인정보 제공동의서 1부 2. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부 3. 신청인과 배우자의 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부 4. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우) * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출 5. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인 등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부. * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 6. 난자 동결보존 동의서 사본 각 1부 7. 난자 냉동·해동방법을 적은 동결보존 생식세포 소견서 각 1부
------	---

유의사항

- 허위 기재 시 지원대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.
- 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.
- 첨부서류 2~3의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다.
- 보건복지부와 관할 지방자치단체는 시술 관련 개인정보를 통계 등 정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려드립니다.

난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

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(시술병원, 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 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <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.

생식세포 동결 보존 동의서 ([]난자 []정자)

동의서 관리번호		
배아생성의료기관명		
채취 대상자	성명	생년월일
	연락처	성별
상담자	성명	
담당의사	성명	

※ 귀하의 생식세포(난자 또는 정자)는 임신을 목적으로 채취 및 보관되며, 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제23조제1항에 따라 배아는 임신의 목적으로만 생성됩니다. 이와 관련하여 상담자로부터 다음의 사항에 대한 충분한 설명을 들으십시오.

1. 귀하의 생식세포는 임신을 위한 배아 생성 목적으로만 사용되며, 임신 목적으로의 이용 계획이 없어 더 이상 보관을 원하지 않을 경우에는 폐기됩니다.
2. 귀하의 생식세포 보존기간은 귀하가 정할 수 있으며, 임신을 목적으로 배아를 생성하기 전까지 안전하게 보존됩니다.
3. 임신을 목적으로 하는 경우에는 처음 정한 보존기간을 변경할 수는 있으나 임신을 목적으로 사용하지 않을 경우에는 「폐기물관리법」 제13조에 따른 기준 및 방법에 따라 폐기됩니다.
4. 임신을 목적으로 사용하고 남은 난자와 정자는 배아생성 등에 관한 동의서에 따라 연구 목적으로 제공될 수 있습니다.
5. 배아생성의료기관은 동의권자가 요청하는 경우, 임신 목적의 사용 계획을 확인한 후 생식세포를 폐기하거나 이관할 수 있습니다.
6. 동의권자의 개인정보는 법에 따라 보호되며, 배아생성의료기관은 동의권자의 개인정보를 보호할 의무가 있습니다.

※ 위의 모든 사항에 대해 충분한 설명을 듣고, 모든 동결보존 과정이 완료된 후 동의서 사본을 1부 받아야 합니다.

난자 정보		정자 정보	
난자 채취일		정자 채취일	
채취된 난자 수(단위)	(개)	채취된 정자(단위)	(vials/straw)
폐기된 난자 수(단위)	(개)	폐기된 정자(단위)	(vials/straw)
보존된 난자 수(단위)	(개)	보존된 정자(단위)	(vials/straw)
보존 요청 기간	년	보존 요청 기간	년

본인은 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제24조 및 같은 법 시행규칙 제20조제2항에 따라 임신 목적으로 배아 생성을 위해 생식세포를 채취하면서 담당의사로부터 채취 과정 등의 위험성과 부작용, 생식세포 및 개인정보의 처리 및 보호 등에 관한 사항에 대해 충분한 설명을 들어 이해하고 위의 동결보존에 대하여 자발적인 의사로 동의합니다.

동의서 작성일	년 월 일
채취 대상자	(서명 또는 인)
상담자	(서명 또는 인)
담당의사	(서명 또는 인)