

[서식 1호] 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] <개정 2022.1.1>

(1 쪽)

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일
(첫만남이용권, 장애인활동지원, 발달장애인 주간 활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)

신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	세대주와의 관계	전화번호				
	주소	휴대전화						
		전자우편						
가족사항	세대주와의 관계	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 (<input type="checkbox"/>)								
본인부담금 환급계좌		성명	금융기관명	계좌번호	예금주			
제출처	사회보장급여 내용							
읍면동 주민센터	[]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 아동은 영아수당(보육료) 자격으로 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다.						
	[]가사간병방문지원	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
		[] 장기입원 사례관리 퇴원자						<input type="checkbox"/> 월 40시간
	[] 장애아동 가족지원	발달재활 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				
필요서비스 (중복 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()						
(비장애아동)	언어발달 지원	지원대상자						
	필요서비스 (중복 체크가능)	<input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 기타 ()						
[] 발달 장애인 지원	발달장애인 부모 상담 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		
	주간활동 및 방과후 활동 지원	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"/> 단축형 <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, 주양육자 신청가능			
	지원대상자							

	[] 장애인활동지원	지원대상자			
		긴급활동지원	[] 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)		
		활동지원급여	신청유형	[] 신규신청 [] 변경신청 [] 갱신신청 [] 노인장기요양원환자 지원	
			변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	[] 장애상태의 변화	[] 학교생활
				[] 직장생활	[] 위약가구
				[] 독거(1인)가구 (19세 이상)	[] 거주지 이전
		[] 나머지 가족의 사회생활	[] 조손가정 (19세 미만)		
		[] 한부모가정 (19세 미만)	[] 기타		
	[]첫만남 이용권	특별지원급여	[]출산 []자립준비 []보호자일시부재([]결혼 []사망 []출산 []입원 []지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)		
		지원대상자		출생정보	[] 국외출생 [] 복수국적
지급방식		[] 바우처(원칙) [] 현금(시설보호 아동일 경우)			
카드정보 (국민행복카드)		보호자(카드 보유자) <input type="text"/> [] BC(<input type="text"/> 은행) [] 삼성 [] 롯데 [] KB국민 [] 신한 ※ 유의사항 - 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC카드를 선택한 경우)를 선택합니다 - 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.			
보 건 소	[] 산모신생아 건강관리지원	지원대상자	출산(예정)일 <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일		
		지원 유형	[] 단태아 ([] 첫째아 [] 둘째아 [] 셋째아 이상), [] 쌍생아 / 장애정도가 심한 산모+단태아 ([] 인력1명 [] 인력2명) [] 삼태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+다태아		
		신청요건	기본 지원대상	[] 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) [] 소득기준 이하	
			예외 지원 대상 (해당자만)	[] 회귀난치성질환 산모 [] 장애인 산모 및 장애인 신생아 [] 쌍생아 이상 출산가정 [] 셋째아 이상 출산가정 [] 새터민 산모 [] 결혼이민 가정 [] 미혼모 산모 [] 둘째아 이상 출산 산모 [] 분만 위약지 산모 [] 기타(소득기준 완화 등)	
		서비스 제공 장소	[] 자택 [] 기타		
보건소 · 주민 센터	[] 저소득층기저귀 조제분유지원	지원대상자			
		지원 유형	기본지원대상 [] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타)		
		(중복 체크 가능. 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)	예외지원대상	[] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타)	

개인정보 수집 및 활용 동의		확인 (√체크)
1. 개인정보 활용 목적 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원 대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.		[]
2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그 밖에 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.		
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.		

유 의 사 항		확인 (√체크)
1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 허위 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 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.		[]
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.		[]
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.		[]

추가제출
서류

1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류
* 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류
2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함)
3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증빙 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함)
4. 건강 진단서(해당자에 한함)
5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류
6. 첫만남이용권 지원신청 시 시설입소아동, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격확인 가능한 서류

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

년 월 일

신청인(대리 신청인¹⁾) 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

국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

* []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

개인정보 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) - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지				
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음				
신청카드 (택1)	BC카드				
	<input type="checkbox"/> IBK기업은행 <input type="checkbox"/> NH농협 <input type="checkbox"/> 대구은행 <input type="checkbox"/> 부산은행 <input type="checkbox"/> 경남은행 <input type="checkbox"/> SC제일은행 <input type="checkbox"/> 수협은행 <input type="checkbox"/> 우체국 <input type="checkbox"/> 제주은행 <input type="checkbox"/> 우리카드 <input type="checkbox"/> 광주은행 <input type="checkbox"/> 전북은행 <input type="checkbox"/> 하나은행	<input type="checkbox"/> 삼성카드	<input type="checkbox"/> 롯데카드	<input type="checkbox"/> KB국민카드	<input type="checkbox"/> 신한카드

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) 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 카드발급명의자가 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 내부심사과정에 서 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/m²) 또는 중절지(80g/m²)]

사회복지서비스 이용권(바우처) 제공 신청서

산모 신생아 도우미	지원 대상자		서비스 기간(일)	<input type="checkbox"/> 첫째아(10일) <input type="checkbox"/> 둘째아 (15일) <input type="checkbox"/> 셋째아이상 (20일) <input type="checkbox"/> 삼태아이상, 중증장애인 산모 (20일)		
	출산 예정일	년 월 일	서비스개시일	년 월 일		
	예외지원	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환 산모 <input type="checkbox"/> 장애인 산모 및 장애 신생아 <input type="checkbox"/> 쌍생아이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 셋째아이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 세터민산모 <input type="checkbox"/> 결혼이민산모 <input type="checkbox"/> 미혼모산모 <input type="checkbox"/> 분만취약지 산모 <input type="checkbox"/> 기준중위소득 100%이하 출산가정(취약지,쌍생아,셋째아산모)				
	서비스 제공장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타()				

급여계좌	신청인과 관계	성명	보장구분	금융 기관명	계좌번호	비고(사유)

통지방법	<input type="checkbox"/> 전자우편(E-mail) <input type="checkbox"/> 문자메세지서비스 <input type="checkbox"/> 서면 <input type="checkbox"/> 기타
------	--

위와같이 사회복지서비스 제공(변경)을 신청합니다	
년 월 일	
신청인(대리신청인) 성명 :	(서명 또는 인)

중복지원여부	, 세터민출산여성도우미를 신청하지 않았음을 증명 합니다. 년 월 일
신청인(대리신청인) 성명 :	(서명 또는 인)

진안군수 귀하