

【서식 1】

난임부부 시술비 지원 신청서

| | | |
|---------------------|--|-------------------|
| 신청인 (난임 부부 중 여성) | 성명 | 주민등록번호 또는 외국인등록번호 |
| | 주소 | |
| | 전화번호 | E-mail |
| 배우자 | 성명 | 신청인과의 관계 |
| | 주소 | |
| | 전화번호 | E-mail |
| 시술 종류 및 차수 | 시술 종류 [] 신선배아 [] 동결배아 [] 인공수정 | 시술 회차 |
| 인적사항 확인 | 신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] 의료급여 수급자 | |
| | 배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] 의료급여 수급자 | |
| 가구 소득확인 | 가구원 수(명) | 건강보험료 고지금액(합산금액) |
| 당연수급자격 확인 | [] 기초생활수급자(생계/의료/주거/교육) [] 차상위계층(본인부담경감/자활/장애인/계층확인) | |

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리인)

(서명 또는 인)

〇〇시·군 보건소장 귀하

| | | |
|------|---|-----------|
| 첨부서류 | 1. 건강보험 적용 횟수 종료에 대하여 시술의료기관 확인서류 2. 부부별 건강보험증 사본 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부) 3. 부부별 건강보험료 납부확인서(원본대조필 확인) 각 1부 (기초 또는 차상위 자격소지자는 해당 자격증명서 1부) 4. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부 5. 사업자등록증명원, 위촉증명서 등 1부(맞벌이 사실 증명 서류 필요시) 6. 개인정보 활용 동의서 1부 7. 당사자 시술동의서 1부 8. 주민등록등본 및 가족관계등록부 당사자별 각 1부 9. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부 * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출 10. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부 * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음 | 수수료 없음 |
|------|---|-----------|

※ 유의사항 : 1) 지원받은 후 주소지 변경 등이 확인될 경우 지원대상이 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.
2) 지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.
3) 〇〇시·군에서는 시술 관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.
4) 예산 부족 등 불가피한 경우 입금조치 기간이 지연될 수 있습니다.

난임 시술비 지원 신청 개인정보 제공 및 활용 동의서

난임 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 : 전라북도, 전라북도 시·군 15개 보건소
 - 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, 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 활용 동의내용
 - 주민등록등(초)본 (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.

| 성명 | 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.