

초록우산 인천지역본부

2026 위기영아지원사업 '첫 품' 안내문

1. 사업개요

가. 사업명: 원가정 보호를 위한 위기영아지원사업 '첫 품'

나. 사업목적:

- 1) 위기임산부의 안전한 출산과 안정적 양육 지원
- 2) 보호자로부터 이탈될 위기에 있는 위기 영아를 조기에 발견하여 맞춤형 긴급 지원을 통한 아동의 건강한 성장과 발달 보장

다. 사업기간: 2026. 4. ~ 2026. 11.

라. 지원대상: 아래 1~3 중 하나에 해당하며, **원가정 양육에 어려움이 있는** 중위소득 100%이내의 인천 내 아동 가정

- 1) **위기임산부**: 「모자보건법」 제2조제1호에 따른 임신 중 여성 및 분만 후 6개월 미만인 여성으로서 경제적·심리적·신체적 사유 등으로 인하여 출산 및 양육에 어려움을 겪고 있는 여성
- 2) **위기영아**: 가정환경 및 사회 경제적 위험으로 인해 **보호자로부터 이탈될 위기에 있어** 신체적·정서적 발달지원과 보호가 필요한 0 ~ 36개월 이하의 영아

분류	포함 대상 및 특성
위기 임산부 출산	위기임산부로부터 태어나 출생 전·후 원가정 양육에 어려움이 있는 영아 예) 보호출산, 혼외자/미혼부모, 이주민, 장애 등
양육 위기	보호자의 신체·정신·경제적 어려움 등으로 인해 돌봄·의료·주거 등의 지원이 필요한 영아 예) 보호자의 빈곤·사망·질병·교정시설 입소 등
사회적 보호 사각지대	이외 사회 제도적 보호 사각지대 및 보호 공백이 있는 영아 예) 미등록 아동 등

- 3) **아동 양육가정**: 36개월 이하 아동을 양육하며 복합적인 어려움을 겪고 있는 위기 영아 양육가정

마. 지원금액: 대상자별 상이

2. 지원항목 안내

항목	세부내용	상한금액	비고
보육비	아이돌봄서비스비용 출산·육아용품 구입비 어린이집 보육비 등	최대 2,000,000원	- 어린이집 보육비, 기저귀 구입 비용 등 공적 지원이 있는 경우 공적 지원 외 자부담 금액에 한해서만 편성 가능

자립지원비	보호자 자립활동비 (학원비, 등록금 등)	최대 2,000,000원	
의료비	임산부·영아 수술비 및 입원비, 소아 재활 및 특수치료비 등	최대 10,000,000원	- 보호자 의료비는 산부인과 검진 또는 협진 항목에 대해서만 신청 가능(보호자 일반 의료비 불가)

※ 지원이 필요한 항목 복합 신청 가능하나 총계 인당 500만원 초과 불가

(단, 의료비 단일 항목으로 500만원 이상 지원이 필요한 경우 의료비에 한해서만 인당 10,000,000원까지 신청 가능)

※ 2026년 11월 이내 소진 가능한 금액으로 신청

※ 가정 당 아동 1명만 신청 가능하며, 신청 아동이 아닌 자녀의 생활비 및 양육비 등으로 후원금 사용 불가

※ **복합적인 어려움으로 인해 원가정 보호에 어려움이 발생했거나, 발생할 수 있는 가정을 지원함**

※ 주거비 지원은 '초록우산 기본생활지원사업'으로 신청 요망(첫 품과 기본생활지원 중복 신청 지양)

3. 지원과정

신청/접수	지원결정안내	후원금 지급 및 사용	후원금 결과보고
매월 10일까지 접수	→ 매월 20일 경 심의 후 안내	→ 신청 내용에 근거한 후원금 사용	→ 후원금 소진 후 1개월 이내
신청기관에서 서류 취합하여 제출			신청기관에서 후원금 사용 모니터링 및 결과보고

4. 신청방법

가. 제출서류 (*3개월 이내 발급 서류 제출)

구 분	제출서류	
필수서류	① 신청서 1부 ② 개인정보처리및초상권이용동의서 1부 ③ 등본 1부 (뒷자리 마스킹 필수) 또는 외국인등록증 등 ④ 소득증빙서류 1부	
	구분	제출서류
	1 법정 저소득 가구 (제출서류 중 택 1) 2 일반 저소득 (중위소득 100%이내)	· 수급자 증명서 · 한부모가족 증명서 · 차상위계층 확인서 · 건강보험료납부확인서 (성인 가구원 모두, 최근 1년 내역) · 건강보험자격확인서(보호자, 아동 모두 확인 가능해야 함, 자격득실확인서X) · 소득금액증명원
추가서류 (의료비 신청 시)	⑤ (해당 시) 위기임산부: 임신확인서(산부인과 발급) - 진단서 또는 소견서 1부 - 치료비추정서 1부(서식 3)_※치료기관 직인 필수 포함	

- (특수치료비의 경우) 심리치료계획서 1부 (자율 양식)
- 이식승인신청확인서류 1부(이식비 신청시)
- 의료기관 사업자등록증(지원결정 이후 제출)
- 의료기관 통장 사본(지원결정 이후 제출)

나. 제출기간: 매월 10일까지 접수(**10월**까지 상시 접수 예정이나, 예산 소진 시 사업 조기 종료 될 수 있음)

다. 제출방법: 초록우산 인천지역본부 이메일(kwf7010@hanmail.net) 제출

라. 참고사항: 개별 가정 접수 불가하며, 복지기관 사례관리자를 통한 신청만 가능

5. 유의사항

가. 신청 내용에 대한 심의 후 신청 기관 연락 예정

나. 신청서는 원본파일(hwp.)로 제출하며, 그 외 서류는 개별파일로 하여 PDF제출

다. 제출서류는 '아동명_서류명'으로 제출 (ex. 김초록_신청서, 김초록_등본 등)

라. 모든 서류 주민등록번호 뒷자리 미표기 필수 (표기되어 있는 경우 접수 불가)

6. 문 의: 초록우산 인천지역본부 위기영아지원사업 담당자(032-875-7010/내선 3063)