

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서							처리기간 : 14일 (영유아보육료, 장애인활동지원은 30일)	
신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)			세대주와의 관계	전화번호		
	주소					휴대전화		
						전자우편		
가족 사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)	
				동거인				
※ 배우자 관계 (<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼)								
본인부담금 환급계좌	성명	금융기관명		계좌번호		예금주		
제출처	사회보장급여 내용							
읍 면 동 주 민 센 터	<input type="checkbox"/> 보육료 지원 ·유아학비지원 (아이행복카드)	지원대상자	신청구분					
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 종일 (<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화), <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 맞춤, <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후, <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세) (<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화), <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세), <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세)					
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 종일 (<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화), <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 맞춤, <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후, <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세) (<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화), <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세), <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세)					
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 종일 (<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화), <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 맞춤, <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후, <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세) (<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화), <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세), <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세)					
	* 어린이집(0~2세) 종일 서비스를 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 맞춤 서비스가 제공될 수 있습니다.							
	<input type="checkbox"/> 노인 돌봄 종합 서비스	방문 서비스	지원대상자	신청요건	<input type="checkbox"/> 장기요양등급외A,B <input type="checkbox"/> 장애 1~3등급 <input type="checkbox"/> 중증질환자			
		주간보호 서비스	필요서비스	<input type="checkbox"/> 월 27시간 <input type="checkbox"/> 월 36시간 /	<input type="checkbox"/> 치매가족휴가지원			
	<input type="checkbox"/> 가사간병 방문지원	단기가사 서비스	지원대상자	신청요건	<input type="checkbox"/> 독거노인 <input type="checkbox"/> 고령부부(만75세 이상)가구 <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 배우자질한가구			
		필요서비스	<input type="checkbox"/> 1개월(24시간) <input type="checkbox"/> 2개월(48시간)					
	<input type="checkbox"/> 장애 아동 가족 지원	발달 재활 서비스	지원대상자	장애 유형	<input type="checkbox"/> 뇌명변장애 <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				
	<input type="checkbox"/> 발달 장애인 부모 상담	언어 발달 지원	필요서비스 (중복 체크가능)	<input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 미술치료 <input type="checkbox"/> 음악치료 <input type="checkbox"/> 행동·놀이·심리운동치료 <input type="checkbox"/> 기타()				
			지원대상자	필요서비스 (중복 체크가능)	<input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 청능치료 <input type="checkbox"/> 기타()			
	<input type="checkbox"/> 지역사회 서비스	발달 장애인 부모 상담	지원대상자	장애 유형 및 등급	장애유형	장애 등급	<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타()	
			지원대상자	<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"/> 여성 청소년 보건위생 물품지원	발달 장애인 부모 상담	지원대상자	서비스명					
		지원대상자	서비스명					
<input type="checkbox"/> 여성 청소년 보건위생 물품지원	발달 장애인 부모 상담	지원대상자	지원신청		청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능			
		지원대상자						

<input type="checkbox"/> 장애인 활동지원 (<input type="checkbox"/> 갱신신청)	지원대상자	장애등급		<input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 3급
	지원유형	<input type="checkbox"/> 활동지원급여 <input type="checkbox"/> 추가급여(변경신청인 경우만 단독 신청가능) <input type="checkbox"/> 긴급활동지원		
	추가 급여 해당자만 (중복 체크가능)	<input type="checkbox"/> 1인가구 <input type="checkbox"/> 취약가구 <input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 학교생활 <input type="checkbox"/> 직장생활 <input type="checkbox"/> 자립준비 <input type="checkbox"/> 보호자일시 부재 <input type="checkbox"/> 나머지 가구구성원의 직장생활 등		
보 건 소 <input type="checkbox"/> 산모신생아 건강관리지원	지원대상자	출산(예정)일		년 월 일
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 단태아(<input type="checkbox"/> 첫째아, <input type="checkbox"/> 둘째아, <input type="checkbox"/> 셋째아 이상), <input type="checkbox"/> 쌍생아(<input type="checkbox"/> 둘째아, <input type="checkbox"/> 셋째아 이상), <input type="checkbox"/> 삼태아 이상, <input type="checkbox"/> 중증장애인 산모		
	신청요건	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 소득기준 이하	
		예외지원대상 (해당자만)	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환 산모 <input type="checkbox"/> 장애인 산모 및 장애 신생아	
			<input type="checkbox"/> 쌍생아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 셋째아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 새터민 산모	
<input type="checkbox"/> 결혼이민 가정 <input type="checkbox"/> 미혼모 산모 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상 출산가정				
서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타			
보 건 소· 주 민 센 터 <input type="checkbox"/> 저소득층 기저귀 교체분유지원	지원대상자			
	지원유형 (중복 체크가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀	<input type="checkbox"/> 조제분유 (변경신청인 경우만 단독 신청가능)
		예외지원대상 (지자체 자체사업)	<input type="checkbox"/> 기저귀	<input type="checkbox"/> 조제분유 (변경신청인 경우만 단독 신청가능)
<개인정보 수집 및 활용동의>				확인 (√ 체크)
1. 개인정보 활용 목적 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.				<input type="checkbox"/>
2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(보육료지원·유아학비 지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동 이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.				
3. 개인정보 보유 및 파기 같은 법 제34에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.				
<유의사항>				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.				<input type="checkbox"/>
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				<input type="checkbox"/>
3. 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				<input type="checkbox"/>
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.				<input type="checkbox"/>
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) 종일반 신청의 경우 취업 증빙 등 종일반 자격 확인이 가능한 서류 4. 건강 진단서(해당자에 한함) 5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설 입소증명서, 가정위탁보호확인서, 한부모가족증명서 등 시설아동, 가정위탁아동, 한부모가족임을 증명하는 서류			
본인(대리신청인 포함)은 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.				
년 월 일 신청인(대리 신청인 ¹⁾) 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	<p>국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))을 위하여 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 제공항목 : 성명, 연락처(자택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명 - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지 <p style="text-align: right;">[] 동의함 [] 동의하지 않음</p>
--------------	--

신청카드 (택1)	BC카드			[] 롯데카드	[] 삼성카드
	[] IBK기업은행	[] NH농협	[] SC제일은행		
	[] 경남은행	[] 광주은행	[] 대구은행		
	[] 부산은행	[] 수협은행	[] 우리은행		
	[] 전북은행	[] 제주은행	[] 우체국		

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

특별자치시장.특별자치도지사.시장.군수.구청장, 사회보장정보원장, 국민행복카드 사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드) 대표 귀하

안내 및 유의 사항

▶ 신청대상 : 만19세이상

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 전자이용권(바우처) 사업은 국민행복카드로 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우에는 가까운 국민행복카드 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 카드사별 홈페이지 접속 또는 콜센터에 연락하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 카드사의 신용심사결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌압류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지는 않습니다.

사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서

카드발급 신청인 (지원대상자)	성명(한글)			
	주민등록번호			

법정대리인	성명(한글)			
	생년월일		연락처	

상기 본인(법정대리인)은 카드 발급 신청인을 대리하여 국민행복카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인

(서명 또는 인)

사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의 사항

- 국민행복카드 발급 신청인이 만14세미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.