



## 인적사항 (필수정보)

해당되는 곳에  로 표기해주세요.

1 <b>대상자격</b> (필수)	소득수준	<input type="checkbox"/> 기초	보건복지부 등록 시·청각 장애인	<input type="checkbox"/> 시각	장애정도
		<input type="checkbox"/> 차상위		<input type="checkbox"/> 청각	장애정도
		<input type="checkbox"/> 해당없음	국가보훈처 등록 눈·귀 상이등급자	상이등급 <input type="checkbox"/> 눈 <input type="checkbox"/> 귀	급
				상이호수	
2 <b>성명</b> (필수)				성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
3 <b>주민등록번호</b> (13자리 필수기재)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	※ 「장애인복지법 시행령」 제45조의 2에 따라 주민등록번호를 수집합니다.				
4 <b>연락처</b> (필수)	본인 연락처 (휴대전화)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	비상 연락처 (자택 또는 보호자 연락처)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
5 <b>주소</b> (필수기재, 주민등록상 주소지)					

- ※ 필수 정보를 작성하지 않거나, 필수 서류를 제출하지 않을 시 접수불가
- ※ 국가보훈처 등록 대상자는 국가유공자증 또는 보훈보상대상자증 사본을 반드시 제출(필수)
- ※ 우선순위에 따라 선정 후 보급되며, 신청자 본인 동의 하에 대리인 신청이 가능하지만, 신청자 본인의 이름과 서명 필수
- ※ 신청기간은 2020년 5월 11일(월)부터 6월 5일(금)까지
- ※ 본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 파기됩니다.

**선정 후 보급**

6  
신청자 : \_\_\_\_\_ 2020년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일  
(서명 또는 날인)

※ 뒷면에 내용이 이어집니다. (필수)