

<b>사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서</b>							처리기간 : 14일 (영유아보육료는 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 )							
본인부담금 환급계좌	성명		금융기관명		계좌번호		예금주
제출처	<b>사회보장급여 내용</b>						
읍면동 주민센터	<input type="checkbox"/> 보육료지원 · 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)			
				<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"/> 노년 · 돌봄 · 종합 서비스		방문 서비스	지원대상자	신청요건	<input type="checkbox"/> 장기요양등급외A,B <input type="checkbox"/> 장애1~3등급 <input type="checkbox"/> 중증질환자	
			주간보호 서비스	필요서비스	<input type="checkbox"/> 월 27시간 <input type="checkbox"/> 월 36시간 /	<input type="checkbox"/> 치매가족휴가지원	
			단기가사 서비스	지원대상자	신청요건	<input type="checkbox"/> 장기요양등급외A,B <input type="checkbox"/> 장애1~3등급 <input type="checkbox"/> 중증질환자	
	<input type="checkbox"/> 가사간병 방문지원		필요서비스	<input type="checkbox"/> 월 9일 <input type="checkbox"/> 월 12일 /	<input type="checkbox"/> 치매가족휴가지원		
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"/> 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)		
		필요서비스 (중복 체크가능)	<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"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 미술치료 <input type="checkbox"/> 음악치료 <input type="checkbox"/> 행동·놀이·심리운동치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			
		언어 발달 지원	지원대상자				
		필요서비스 (중복 체크가능)	<input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 청능치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				
<input type="checkbox"/> 발달 · 장애인 · 지원		발달 장애 부모 상담	지원대상자	자녀와의 관계		<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타( )	
		장애 유형 및 등급	장애유형	<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"/> 장애인활동지원 ( <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		
<input type="checkbox"/> 지역사회 서비스	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"/> 보호자일시부재 <input type="checkbox"/> 나머지 가구구성원의 직장생활 등		
	지원대상자	서비스명		
<b>보</b>  <b>건</b>  <b>소</b>  <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	
		예외 지원 대상 (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 출산 산모 <input type="checkbox"/> 분만 취약지 산모 <input type="checkbox"/> 기타(소득기준 완화 등)	
	서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타		
보건소 주민 센터	지원대상자			
	지원유형 (중복 체크가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 조제분유 (변경신청인 경우만 단독 신청가능)	
<input type="checkbox"/> 저소득층기저귀 조제분유 지원		예외지원대상 (지자체 자체사업)	<input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 조제분유 (변경신청인 경우만 단독 신청가능)	

< 유의 사항 >			확인 (√ 체크)
1. 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원 대상자의 선정 및 확인조사 등을 위한 목적으로 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보, 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보험급여·교정 등 관련 정보를 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용할 수 있으며, 같은 법 제34에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.			<input type="checkbox"/>
2. 「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"/>
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"/>
5. 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.			<input type="checkbox"/>
6. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.			<input type="checkbox"/>

<b>추가제출 서류</b>	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
--------------------	---

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

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일  
 신청인(대리 신청인<sup>1)</sup>) 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

