

# 2026년 하반기 파주시 지역사회서비스투자사업 이용자 모집 공고 (우리아이심리지원, 산모심리상담지원, 정신건강토탈케어)

## I 모집개요

- 신청 기간: 2026. 7. 1.(수) 9:00 ~ 2026. 7. 7.(화) 18:00
- 신청·접수: 주민등록상 거주지 관할 읍면동 행정복지센터 복지행정팀 및 맞춤형복지팀 방문 신청
- 모집 계획

서비스명	모집 인원(명)	서비스 이용기간
우리아이심리지원서비스	220	2026. 8. 1. ~ 2027. 7. 31.(12개월)
산모심리상담지원서비스	10	2026. 8. 1. ~ 2027. 1. 31.(6개월)
정신건강토탈케어서비스	5	2026. 8. 1. ~ 2027. 7. 31.(12개월)

- ※ 신청자가 모집인원보다 많은 경우 우선순위에 따라 이용자 선정 → 선착순 아님
- ※ 1인당 연간 최대 2개 서비스(지역사회서비스투자사업)까지 신청 가능

## II 제출서류

### □ 신청자 지참 서류

- 신분증
- 건강보험료 납부확인서(신청일 직전 12개월 평균 납부 금액 확인)  
→ 전산에서 확인할 수 있는 경우 생략 가능하나, 확인 불가 시 서류 추가 제출 필요
- 각 서비스별 추가 제출 서류(아래 표 참고)

### □ 작성 서류

- 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서[제1호 서식]
- 사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서[제5호 서식]  
→ 이용자가 만14세 미만, 만 75세 이상일 경우 작성
- 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서[제5-1호 서식]  
→ 이용자가 상담전화를 통해 발급받기를 희망할 경우 작성
- 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서[제5-2호 서식]
- 사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서[제6호 서식]  
→ 이용자가 만14세 미만일 경우 작성
- 사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서[제7호 서식]

□ 추가 제출 서류

구 분	추가 제출 서류
<p>우리아이심리지원 (택1 / 최근 6개월 이내 작성, 발급한 경우만 인정)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시·군 통합사례관리서비스 추천공문 또는 추천서</li> <li>▷ 문제행동 관련 약물치료 3개월 이상 의료기록, 의사소견서 등</li> <li>▷ 의사진단서 · 소견서(소아과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 이비인후과, 재활의학과로 한함)</li> <li>▷ 초·중등교육법에 의한 학교장, 정교사, 전문상담교사, 보건교사, 추천서(유치원 정교사 추천서 불가)</li> <li>▷ Wee센터(Wee클래스) 추천서</li> <li>▷ 정신건강임상심리사 · 임상심리사 · 청소년상담사(1,2급) · 언어재활사(1급) 소견서+임상심리평가결과지</li> </ul>
<p>산모심리상담지원 (신청일 기준 1개월 이내 발급 서류)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 임신 12주 이상 임신부: 임신확인서</li> <li>▷ 출산 후 3년 이내 산모: 출생증명서, 주민등록등본 등 가족관계를 확인할 수 있는 서류</li> </ul>
<p>정신건강토탈케어 서비스 (택1 / 신청일 기준 1년 이내 발급된 경우만 인정)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 장애인복지법 상 정신장애인으로 장애인 복지카드(등록증)</li> <li>▷ "장애인복지법 시행령 [별표1] 장애인 종류 및 기준에 따른 장애인"에 따라 정신장애인 등록이 가능한 질환으로, 정신건강의학과 치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의 소견서 및 진단서 발급이 가능한 자             <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 지속적인 양극성 정동장애(F31), 조현병(F20), 조현정동장애(F25), 재발성 우울장애(F33), 강박장애(F42), 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애(F06~F09), 투렛장애(F95.2), 기면증(G47.4) 중 1개 이상의 진단명(질병코드)를 포함한 경우에 해당</li> </ul> </li> <li>▷ 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원에 의해서 "정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제3조 제1호"에 따른 *정신질환자로 서비스 지원이 필요하다는 소견서를 제출한 자             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 경우에 해당</li> </ul> </li> </ul> <p>※ 정신과 의사 소견서 및 진단서, 정신건강전문요원 소견서는 신청일 기준 1년 이내 발급된 것만 인정</p>

※ 위 서류는 신청을 위한 서류로, **우선순위와 별개임**

### III 신청 · 지원 기준

#### □ 우리아이심리지원서비스

구 분	내 용																				
소득기준	없음																				
연령기준	만 18세 이하																				
욕구기준	<p>1. 다음 중 어느 하나를 충족하는 아동·청소년 중 서비스 지원이 우선적으로 필요하다고 판단되는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 주의력 결핍 및 과잉행동장애(ADHD)</li> <li>- 정서적 문제: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 등</li> <li>- 사회성 결여: 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움</li> <li>- 발달장애 경계: 언어 및 인지문제</li> <li>- 반항, 품행장애, 비행 등 기타 종합심리검사를 통해 문제로 파악된 경우</li> </ul> <p>※ 단, 장애아동의 경우 발달재활서비스에서 제외되는 9개 유형인 지체, 정신, 신장, 심장, 호흡기, 간장, 안면, 장루 및 요루, 간질만 포함</p> <p>2. 욕구판단은 &lt;①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥&gt;의 기준 중 어느 하나를 제출한 아동·청소년만을 대상으로 함</p>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>연번</th> <th>구분</th> <th>제출 서류</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시군 통합사례관리(희망복지지원단 또는 무한돌봄센터) 서비스 연계 의뢰자</td> <td>추천공문 또는 추천서</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자</td> <td>3개월 이상 약물치료관련 의료기록, 의사 소견서 등</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>의료기관 의사</td> <td>진단서 또는 소견서 ※ 우선순위는 진단서만 인정</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>학교장, 정교사, 전문상담교사, 보건교사 ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 학교에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함</td> <td>추천서</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>Wee센터(Wee클래스) ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 Wee센터(Wee클래스)에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함</td> <td>추천서</td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td>정신건강임상심리사, 임상심리사, 청소년상담사(1,2급), 언어재활사(1급)</td> <td>소견서+임상심리평가결과지 ※ 언어재활사는 언어평가 관련 검사도구 사용</td> </tr> </tbody> </table> <p>▶ 임상심리평가 검사도구 안내</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 임상심리평가는 부모보고 검사도구와 전문가보고 검사도구를 각각 필수로 하나를 선택하여 시행하여야 함.</li> <li>- 부모보고 검사도구는 K-CBCL, K-ARS, RCMAS, K-PRC, K-CYP, PRES, SELSI, KPI-C, MMPI(다면적 인성 검사) 중 하나를 필수로 선택하고,</li> <li>- 전문가보고 검사도구는 K-WISC-IV, K-WISC-V 지능검사, K-WPPSI-4, K-WAIS, K-ABC2, k-ctoni-2, ADHD평정척도, CDI, MMPI, HTP, SCT, RCMAS, SMS, K-PRC, KFD 중 하나를 필수로 선택하여야 함.</li> <li>- 검사결과는 절단점이나 백분위를 기준으로 종합적으로 판단하되 전문적 개입의 필요성이 높은 아동·청</li> </ul>	연번	구분	제출 서류	①	드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시군 통합사례관리(희망복지지원단 또는 무한돌봄센터) 서비스 연계 의뢰자	추천공문 또는 추천서	②	문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자	3개월 이상 약물치료관련 의료기록, 의사 소견서 등	③	의료기관 의사	진단서 또는 소견서 ※ 우선순위는 진단서만 인정	④	학교장, 정교사, 전문상담교사, 보건교사 ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 학교에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함	추천서	⑤	Wee센터(Wee클래스) ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 Wee센터(Wee클래스)에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함	추천서	⑥	정신건강임상심리사, 임상심리사, 청소년상담사(1,2급), 언어재활사(1급)
연번	구분	제출 서류																			
①	드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시군 통합사례관리(희망복지지원단 또는 무한돌봄센터) 서비스 연계 의뢰자	추천공문 또는 추천서																			
②	문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자	3개월 이상 약물치료관련 의료기록, 의사 소견서 등																			
③	의료기관 의사	진단서 또는 소견서 ※ 우선순위는 진단서만 인정																			
④	학교장, 정교사, 전문상담교사, 보건교사 ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 학교에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함	추천서																			
⑤	Wee센터(Wee클래스) ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 Wee센터(Wee클래스)에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함	추천서																			
⑥	정신건강임상심리사, 임상심리사, 청소년상담사(1,2급), 언어재활사(1급)	소견서+임상심리평가결과지 ※ 언어재활사는 언어평가 관련 검사도구 사용																			

	<p>소년임이 확인되어야 함.</p> <p>※ 언어평가도구는 SELSI, K M-B CDI, PRES, LSSC, REVT, U-TAP, U-TAP2, APAC, P-FA, P-FA2, KOLRA 중 하나를 필수로 선택하여 실시함.(부모보고(SELSI, K M-B CDI) 검사 시 객관적 판단을 위해 관찰평가 포함하여 실시)</p> <p>※ (공통) 각 자격별 전문가는 해당분야의 기관에 소속되어 있어야 함.</p> <p>※ (공통) 소견서, 추천서는 경기도 서식[공통서식 12호, 13호] 활용. 단, 자체 서식을 활용할 경우 아동·청소년의 문제행동과 검사결과, 서비스 필요성이 높은 아동·청소년임이 확인되어야 함.</p> <p>※ (공통) 진단서, 소견서, 추천서, 검사결과는 신청일 기준 6개월 이내 발급된 것만 인정</p> <p>※ (㉓) 의사의 진료과는 소아과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 이비인후과, 재활의학과로 한함</p>																		
서비스 내용	놀이, 언어, 인지, 미술, 음악프로그램																		
가 격	<p><b>월 180,000원 ~ 250,000원(가격탄력제, 정부지원금+본인부담금)</b></p> <table border="1" data-bbox="331 678 1458 931"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>1등급 (기초생활수급자, 차상위)</th> <th>2등급 (기준중위소득 120% 이하 중 기초생활수급자, 차상위가 아닌 자)</th> <th>3등급 (기준 중위소득 120% 초과 ~ 140% 이하)</th> <th>4등급 (기준 중위소득 140% 초과 ~ 160%이하)</th> <th>5등급 (기준중위소득 160% 초과)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>정부지원</td> <td>162,000원(90%)</td> <td>144,000원(80%)</td> <td>126,000원(70%)</td> <td>90,000원(50%)</td> <td>36,000원(20%)</td> </tr> <tr> <td>본인부담</td> <td><b>18,000원 ~88,000원</b></td> <td><b>36,000원 ~106,000원</b></td> <td><b>54,000원 ~124,000원</b></td> <td><b>90,000원~ 160,000원</b></td> <td><b>144,000원~ 214,000원</b></td> </tr> </tbody> </table>	구 분	1등급 (기초생활수급자, 차상위)	2등급 (기준중위소득 120% 이하 중 기초생활수급자, 차상위가 아닌 자)	3등급 (기준 중위소득 120% 초과 ~ 140% 이하)	4등급 (기준 중위소득 140% 초과 ~ 160%이하)	5등급 (기준중위소득 160% 초과)	정부지원	162,000원(90%)	144,000원(80%)	126,000원(70%)	90,000원(50%)	36,000원(20%)	본인부담	<b>18,000원 ~88,000원</b>	<b>36,000원 ~106,000원</b>	<b>54,000원 ~124,000원</b>	<b>90,000원~ 160,000원</b>	<b>144,000원~ 214,000원</b>
구 분	1등급 (기초생활수급자, 차상위)	2등급 (기준중위소득 120% 이하 중 기초생활수급자, 차상위가 아닌 자)	3등급 (기준 중위소득 120% 초과 ~ 140% 이하)	4등급 (기준 중위소득 140% 초과 ~ 160%이하)	5등급 (기준중위소득 160% 초과)														
정부지원	162,000원(90%)	144,000원(80%)	126,000원(70%)	90,000원(50%)	36,000원(20%)														
본인부담	<b>18,000원 ~88,000원</b>	<b>36,000원 ~106,000원</b>	<b>54,000원 ~124,000원</b>	<b>90,000원~ 160,000원</b>	<b>144,000원~ 214,000원</b>														
지원 기간	12개월 (재판정 1회, 최대 24개월)																		
우선순위	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시군 통합사례관리(희망복지지원단 또는 무한돌봄센터) 서비스 연계 의뢰자</li> <li>② 문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자</li> <li>③ 의사 진단서 제출자</li> <li>④ 법정한부모(한부모가족증명서 증빙), 다문화가정, 조손가정의 아동, 가정위탁아동</li> <li>⑤ 「초·중등교육법」 제21조에 따른 학교장 또는 정교사 또는 전문상담교사 또는 보건교사의 추천자</li> <li>⑥ Wee센터(Wee클래스) 추천자</li> <li>⑦ 지역사회서비스투자사업을 생애 최초로 신청하는 아동</li> <li>⑧ 우리아이심리지원서비스를 생애 최초로 신청하는 아동</li> </ol>																		
중복제한	장애아동발달재활서비스, 정신건강심리상담bauer처사업(전국민마음투자지원사업)																		

□ 산모심리상담지원서비스

구 분	내 용	
소득기준	없음	
연령기준	없음	
욕구기준	임신 12주 이상 임산부 ~ 출산 후 3년 이내 산모	
서비스 내용	심리검사 및 상담	
가 격	<b>월200,000원(정부지원금+본인부담금)</b>	
	구 분	1등급 (기초생활수급자, 차상위)
		2등급 (기초생활수급자, 차상위가 아닌 자)
	정부지원	180,000원 <sub>(90%)</sub>
본인부담	20,000원 <sub>(10%)</sub>	
지원 기간	6개월 (재판정 3회, 최대 24개월)	
우선순위	① 한부모가정, 장애인가정, 다문화가정, 다자녀가정 ② 저소득가정 ※기초생활보장, 차상위 등 관련 자격 증명 발급이 가능한 자	
중복제한	정신건강심리상담바우처사업(전국민마음투자지원사업)	

□ 정신건강토탈케어서비스

구 분	내 용	
소득기준	기준중위소득 160% 이하	
연령기준	만 19세이상	
욕구기준	<p>&lt;①~③ 중 어느 하나를 충족하는 자&gt;</p> <p>① 장애인복지법 상 정신장애인으로 장애인 복지카드(등록증)를 제출한 자</p> <p>② <b>"장애인복지법 시행령 [별표1] 장애인 종류 및 기준에 따른 장애인"에 따라 정신 장애인 등록이 가능한 질환으로, 정신건강의학과 치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의 소견서 및 진단서 발급이 가능한 자</b>  <b>※ 지속적인 양극성 정동장애(F31), 조현병(F20), 조현정동장애(F25), 재발성 우울장애(F33), 강박장애(F42), 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애(F06~F09), 투렛장애(F95.2), 기면증(G47.4) 중 1개 이상의 진단명(질병코드)를 포함한 경우에 해당</b></p> <p>③ <b>정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원에 의해서 "정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제3조 제1호"에 따른 *정신질환자로 서비스 지원이 필요하다는 소견서를 제출한 자</b>  <b>* 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 경우에 해당</b></p> <p>※ 정신과 의사 소견서 및 진단서, <b>정신건강전문요원 소견서</b>는 신청일 기준 1년 이내 발급된 것만 인정</p> <p>※ <b>"정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제3조 제4호"에 따</b></p>	

	<p>큰 정신건강증진시설 중 정신의료기관, 정신요양시설 입소자 서비스 신청 불가. 단, 정신재활시설 입소자는 시설의 종류 및 사업, 이용시간에 따라 일부 이용 가능 (별지 참조)</p> <p>* [별지] 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업, 서비스 이용 가능여부 확인</p> <p>※ "정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법 제3조 제5호"에 따른 정신의료기관에 입원기간 동안 서비스 제외</p>								
서비스 내용	<p>① 초기상담 및 사전평가(필수)</p> <p>② 일상생활지원, 정신적 신체적 건강관리, 위기관리 지원, 사회적응 및 취업지원, 가족돌봄지원 등 (이중 이용자 특성에 맞는 1~3개 유형의 서비스를 제공)</p>								
가 격	<p><b>월200,000원(정부지원금+본인부담금)</b></p> <table border="1"> <tr> <td>구분</td> <td>정부지원</td> <td>본인부담</td> </tr> <tr> <td>전체</td> <td>180,000원</td> <td>20,000원</td> </tr> </table>			구분	정부지원	본인부담	전체	180,000원	20,000원
구분	정부지원	본인부담							
전체	180,000원	20,000원							
지원 기간	12개월 (재판정 4회, 최대 60개월)								
우선순위	<p>① 정신건강복지센터에서 의뢰한 대상자(30% 이내)</p> <p>- 정신건강복지센터에서 의뢰한 대상자를 우선대상자로 선정하고 선정 결과를 정신건강복지센터 담당자와 신청자에게 통보</p> <p>② 지자체 추천(연계) 대상자</p> <p>③ 등록장애인</p>								
중복제한	정신건강심리상담바우처사업(전국민마음투자지원사업)								

## IV 접수 시 유의사항

### □ 가구원 수 산정

- 가구원의 범위는 세대별 주민등록표에 기재된 자로서 “서비스이용자”를 기준으로 생계와 주거를 같이 하는 배우자, 2촌 이내의 직계존비속 및 그 배우자 (아동의 경우 형제자매 포함)
  - ※ 생계나 주거를 같이 하는 배우자(사실혼 관계포함) 또는 부모·형제(특히 아동의 경우는 주민등록을 달리하더라도 가구원에 포함)
  - ※ 서비스이용자가 건강보험 가입자(직장 또는 지역)인 경우 서비스이용자의 주민등록 표에 기재된 자료만 가구원으로 산정하고 소득조사 실시
  - ※ 단, 동일 주민등록표에 기재된 자이나, 해외장기체류로 확인된 가족은 가구원수에서 제외
  - ※ (예시) 서비스를 신청한 가구의 주민등록표에 2촌 이내 직계존비속 및 배우자가 4인이나 건강보험증에 5인이 등록된 경우에도 해당 가구원 수는 4인으로 산정 (주민등록표 기준)

- 서비스이용자가 주거를 달리하는 다른 건강보험 직장가입자의 피부양자로 등재되어 있는 경우는 해당 건강보험증에 등재된 자를 모두 가구원수에 포함(행복e음)을 통한 가족관계등록원부 조회가 불가하나, 지자체 담당자는 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 시행령」제27조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 따라 주민등록번호가 포함된 자료를 처리가능)
  - ※ (예시1) 서비스를 신청한 아동(주민등록표상 2인 가구 : 어머니, 아동)이 따로 사는 아버지(4인가구)의 건강보험증에 등재되어 있는 경우 아버지의 소득증명자료(건강보험료 납부확인서 등)을 확인하고 가구원 수는 6인으로 산정
  - ※ (예시2) 서비스를 신청한 아동(주민등록표상 2인:어머니, 아동)의 부모가 이혼하여 따로사는 경우 아동이 어머니의 건강보험피부양자로 등재되어 있다면, 따로 사는 아버지는 생계나 주거를 같이 하는 가구원으로 볼 수 없음.
  - ※ (예시3) 서비스를 신청한 노인(주민등록표상 2인 가구 : 노인, 아들1)이 따로 사는 아들2(4인가구, 사돈 포함)의 건강보험증에 등재되어 있는 경우 아들1, 아들2의 소득증명자료(건강보험료 납부확인서 등)을 확인하고 가구원수는 6인으로 산정

## □ 소득 조사

- (원칙) 행복e음을 통해 조회된 신청일 기준 전월 건강보험료 부과액 기준으로 산정
- (예외) 건강보험료 부과액이 확인되지 않는 경우 또는 신청자가 건강보험료에 이의를 제기할 경우 서비스 대상 가구의 건강보험료 영수증이나 납부확인서, 월급명세서 등을 토대로 신청 월 직전 12개월 평균하여 건강보험료 본인부담금 납입액 산정
  - ※ 필요시 신청자가 건강보험료 관련 소명자료 제출
- (조사생략) 신청자가 기초생활수급자 또는 차상위계층, 65세 이상 기초연금 수급자인 경우에는 소득조사를 통한 행정 비효율을 막기위해 소득조사 미 실시(행복e음에서 확인)
- (해외체류) 해외체류로 건강보험 부과가 중지된 경우 월급명세서로 산정하고, 월급명세서로 확인이 불가능한 경우 건강보험료 부과 중지 직전 12개월 평균하여 산정
- (직장가입자 휴직) 3개월 이상 휴직한 경우 휴직자의 소득을 0원으로 처리
  - ※ 3개월 미만 휴직자의 소득을 휴직 직전의 건강보험료 부과액으로 산정
- (보험료 합산) 가구 내 직장가입자가 2명 이상이거나 직장 가입자와 지역 가입자가 혼합되어 있는 경우 각각의 보험료를 합산, 해당 가구의 보험료 본인부담금 납입액 확정
- (맞벌이 가구) 부부 중 낮은 건강보험료 1/2 감경 후 합산
  - ※ (예시) "A" 높은 건강보험료+"B" 낮은 건강보험료×0.5
- 기타 상기관련 조사 및 정보의 제공에 필요한 사항은 「국민기초생활보장법」 제22조제3항·제5항부터 제8항까지 및 제23조를 준용하며, 이용자는 세대의 구성에 변동이 있거나 소득 관련 사항에 현저한 변동이 있는 때에는 지체 없이 관할 시·군·구에

이를 신고하여야 함(자격변경으로 이동)

- 바우처 수급자격을 유지하고 있는지 확인을 위해 재판정 대상 사업에 대해서는 재판정 당시의 시점을 기준으로 소득조사 실시

### □ 이용자 준수사항 안내 확인 동의서 내용

- 바우처 카드는 이용자 본인 또는 보호자가 소지해야 합니다.  
(타인 대여, 양도, 기관 보관 불가)
- 이용자는 서비스 이용 당일 반드시 바우처 카드를 소지하여야 하며, 서비스 결제는 회당 결제로 서비스 실시 후 즉시 결제해야 합니다.
- **본인부담금 미납 및 바우처 결제실적이 2개월 이상 없는 경우 해당 서비스 이용자격이 상실됩니다.**
- **다른 시·군으로 전출(이사) 시, 이용 자격이 즉시 상실됩니다.**

### □ 접수 후 선정 및 서비스 이용 절차

#### ○ 이용자 선정 결과 통보

- 선정 및 부적합 판정자 대상 7월 말 선정 결과 개별 통지 예정(문자, 우편)

#### ○ 국민행복카드 신청

- 만14~19세 미만: 카드사 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하여 국민 행복카드(체크카드) 신청하도록 안내

\* 카드사별로 신청 가능자(법정대리인, 서비스 대상자 본인, 법정대리인과 본인 동행 등), 구비서류 필요여부 등이 상이하므로 영업점 방문 전 발급 기준 문의 필요

- 만19세 이상: ① '국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서'에 따라 카드사에서 전화 연락이 올 때 응하여야 함을 안내  
② 카드사 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 홈페이지 또는 콜센터를 통해서도 신청 가능함을 함께 안내

구분	신용카드	체크카드	전용카드	
			카드사 발급	사회서비스 전용
발급 기준	(만 19세 이상) 본인 선택 (만 14~19세 미만) 체크카드		신용/체크카드 발급 제한 시 (신용불량, 계좌개설 불가 등)	만 14세 미만, 만 75세 이상, 장애인활동지원 중 발달장애인(지적·자폐) 지역사회서비스 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행 대상자
결제 계좌	모든 은행계좌 가능	해당은행 계좌	필요 없음	
발급 기관	BC카드(IBK기업은행, NH농협, 경남은행, 광주은행, iM뱅크(대구은행), 부산은행, 수협은행, 신한은행, 우리은행, 제주은행, 우체국, 하나은행), 롯데카드, 삼성카드, 신한카드, KB국민카드(전북은행), 현대카드('26.7.1~)			한국사회보장정보원
발급 방법	카드사 영업점 방문, 홈페이지 또는 콜센터를 통해 신청하거나, 읍면동에서 서비스 신청 시 함께 신청			읍면동에서 서비스 신청 시 신청

## ※ 국민행복카드 발급 절차

업무절차	처리내용	업무주체
<p>신청서 작성·제출</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (만 14세 미만) '사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청' 및 '사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정 대리인 동의서' 작성·제출 (신청인 → 읍·면·동)</li> <li>• (만14세~19세미만) 카드사 영업점 방문</li> <li>• (만19세 이상) '국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 동의서' 작성·제출</li> </ul>	<p>신청인</p>
<p>신청서 입력</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• '행복e음'에 국민행복카드신청정보 입력</li> </ul>	<p>읍·면·동</p>
<p>카드 발급 정보 전송</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• '행복e음'에 입력된 카드 발급 신청정보 전송 (시·군·구 → 사회보장정보원(→ 해당 카드사))</li> </ul>	<p>시·군·구</p>
<p>카드 제작·배송</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (금융형 국민행복카드) 카드사가 카드발급 상담전화로 본인확인 및 대상자 정보 수집, 카드발급 심사 후 제작·배송</li> <li>• (사회서비스 전용 국민행복카드) 사회보장정보원이 카드 제작 후 월 8회 이상 배송 (매주 월요일, 목요일)</li> <li>* 수취인 부재시 대상자 관할 읍·면·동 주민센터로 반송</li> </ul>	<p>카드사, 사회보장정보원 (우체국)</p>
<p>카드 수령 및 결제</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 바우처 카드 수령</li> </ul>	<p>서비스 대상자</p>

○ 선정된 이용자는 서비스 등록 제공기관 중 선택하여 바우처 이용 계약 체결

□ 문의처: 파주시청 복지정책과(031-940-4553) 또는 거주지 읍면동 행정복지센터

서식번호	서식명
제1호 서식	사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서(26.1.1.) * 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1의4서식]
제4호 서식	국민행복카드 소개 및 발급 안내 (서비스 이용자용)
제4-1호 서식	국민행복카드 발급 안내 협조요청 (제공기관 담당자용)
제5호 서식	사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서
제5-1호 서식	국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서
제5-2호 서식	개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
제6호 서식	사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서
제7호 서식	사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서
제12호 서식	우리아이심리지원서비스 추천서
제13호 서식	우리아이심리지원서비스 소견서

# 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일  
(첫만남이용권, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)

신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 전산관리번호)	세대주와의 관계	전화번호
	주소			휴대전화 전자우편

가족사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 전산관리번호)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)

※ 배우자 관계 (  법률혼  사실혼  사실상 이혼 )

본인부담금 환급계좌 <sup>1)</sup>	지원대상자와의 관계	성명	금융기관명	계좌번호	예금주	비고(사유)
-----------------------------	------------	----	-------	------	-----	--------

제출처	사회보장급여 내용							
읍면동 주민센터	[ <input type="checkbox"/> ]보육료지원 • 유아학비지원 * 부모급여(보육료) 지원 포함	지원대상자	신청구분					
			[ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(0~2세) 기본([ <input type="checkbox"/> ]장애 [ <input type="checkbox"/> ]다문화) [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(0~2세) 연장 [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집 방과후 [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(3~5세)([ <input type="checkbox"/> ]장애 [ <input type="checkbox"/> ]다문화) [ <input type="checkbox"/> ] 장애아 보육료(6~12세) [ <input type="checkbox"/> ] 유치원 유아학비(3~5세)([ <input type="checkbox"/> ]사립유치원 저소득층 유아학비)					
			[ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(0~2세) 기본([ <input type="checkbox"/> ]장애 [ <input type="checkbox"/> ]다문화) [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(0~2세) 연장 [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집 방과후 [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(3~5세)([ <input type="checkbox"/> ]장애 [ <input type="checkbox"/> ]다문화) [ <input type="checkbox"/> ] 장애아 보육료(6~12세) [ <input type="checkbox"/> ] 유치원 유아학비(3~5세)([ <input type="checkbox"/> ]사립유치원 저소득층 유아학비)					
			[ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(0~2세) 기본([ <input type="checkbox"/> ]장애 [ <input type="checkbox"/> ]다문화) [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(0~2세) 연장 [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집 방과후 [ <input type="checkbox"/> ] 어린이집(3~5세)([ <input type="checkbox"/> ]장애 [ <input type="checkbox"/> ]다문화) [ <input type="checkbox"/> ] 장애아 보육료(6~12세) [ <input type="checkbox"/> ] 유치원 유아학비(3~5세)([ <input type="checkbox"/> ]사립유치원 저소득층 유아학비)					
		* 어린이집(0~2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 어린이집(0~2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다. * 0, 1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로, 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다. * 동일보장가구의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 디딤씨앗계좌(DDA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재						
	[ <input type="checkbox"/> ]가시간병방문지원	지원대상자	신청요건(1개 선택)				서비스시간	
		[ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심한 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 중증질환자 [ <input type="checkbox"/> ] 희귀난치성질환자 [ <input type="checkbox"/> ] 소년소녀가정 [ <input type="checkbox"/> ] 월 24시간 [ <input type="checkbox"/> ] 조손가정 [ <input type="checkbox"/> ] 한부모가정(법정보호세대) [ <input type="checkbox"/> ] 기타 시군구청장이 인정하는 자 [ <input type="checkbox"/> ] 월 27시간 [ <input type="checkbox"/> ] 장기입원 사례관리 퇴원자 [ <input type="checkbox"/> ] 월 40시간						
	[ <input type="checkbox"/> ] 장애아동 가족지원	발달장애 서비스	지원대상자	장애유형	[ <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 (9세 미만)			
			장애정도	[ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심한 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심하지 않은 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 미등록				
		필요서비스 (중복 체크가능)	[ <input type="checkbox"/> ] 언어재활 [ <input type="checkbox"/> ] 청능재활 [ <input type="checkbox"/> ] 미술심리재활 [ <input type="checkbox"/> ] 음악재활 [ <input type="checkbox"/> ] 행동재활 [ <input type="checkbox"/> ] 놀이심리재활 [ <input type="checkbox"/> ] 재활심리 [ <input type="checkbox"/> ] 감각발달재활 [ <input type="checkbox"/> ] 운동발달재활 [ <input type="checkbox"/> ] 심리운동 [ <input type="checkbox"/> ] 기타( )					
	언어발달 지원 (비장애아동)	지원대상자	필요서비스 (중복 체크가능)					
		[ <input type="checkbox"/> ] 언어발달진단 [ <input type="checkbox"/> ] 언어재활 [ <input type="checkbox"/> ] 기타 ( )						
		장애유형 (부모 또는 조부모)	[ <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"/> ] 발달장애 인 지원	발달장애 인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		[ <input type="checkbox"/> ] 부 [ <input type="checkbox"/> ] 모 [ <input type="checkbox"/> ] 기타( )			
		장애 유형 및 정도	장애 유형	[ <input type="checkbox"/> ] 지적장애 [ <input type="checkbox"/> ] 자폐성장애 [ <input type="checkbox"/> ] 미등록(영유아)		장애 정도	[ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심한 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심하지 않은 장애인	
		장애 유형 및 정도	장애 유형	[ <input type="checkbox"/> ] 지적장애 [ <input type="checkbox"/> ] 자폐성장애		장애 정도	[ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심한 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심하지 않은 장애인	
		주간활동 및 방과후 활동 지원	지원유형	[ <input type="checkbox"/> ] 주간활동서비스 ([ <input type="checkbox"/> ] 기본형 [ <input type="checkbox"/> ] 확장형) * 확장형 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. [ <input type="checkbox"/> ] 방과후활동서비스				

1) 부모급여(차액) 지급계좌로도 활용됩니다. 0, 1세 아동의 경우 부모급여(보육료) 자격 신청 시 부모급여(차액)이 지급될 수 있으므로 반드시 계좌정보를 작성해주시기 바랍니다.

[ ] 지역사회 서비스	지원대상자		서비스명		
	지원대상자		서비스명		
[ ] 일상돌봄 서비스	지원대상자				
	신청요건 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 돌봄 필요 청년·중장년 <input type="checkbox"/> 가족돌봄청년 <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자			
	지원 유형	서비스 유형 (중복체크 가능)		서비스명	
		<input type="checkbox"/> 기본서비스 <input type="checkbox"/> 특화서비스			
※ 기본서비스 유형별 특화서비스 이용가능 개수 : 1개(A형), 2개(B형), 선택 불가(C형) ※ 기본서비스 미이용시 특화서비스 이용가능 개수: 2개(D형)					
[ ] 긴급돌봄지원	지원대상자				
	지원 유형 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 기본돌봄 서비스 <input type="checkbox"/> 방문목욕 서비스			
	신청 사유 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 갑작스러운 질병·부상 등으로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 주 돌봄자의 갑작스러운 부재로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 타 돌봄서비스 신청 후 대기 중인 경우 <input type="checkbox"/> 재난피해로 일시적 지원이 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 기타 예외적으로 필요한 경우			
[ ] 여성청소년 생리용품 지원	지원대상자		지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능	
	지원대상자				
[ ] 장애인활동지원	지원대상자				
	긴급활동지원	<input type="checkbox"/> 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)			
	활동지원급여	신청유형	<input type="checkbox"/> 신규신청 <input type="checkbox"/> 변경신청 <input type="checkbox"/> 갱신신청 <input type="checkbox"/> 노인장기요양전환자 지원		
		변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 장애상태의 변화 <input type="checkbox"/> 직장생활 <input type="checkbox"/> 독거(1인)가구 (19세 이상) <input type="checkbox"/> 나머지 가족의 사회생활 <input type="checkbox"/> 한부모가정 (19세 미만)	<input type="checkbox"/> 학교생활 <input type="checkbox"/> 취약가구 <input type="checkbox"/> 거주지 이전 <input type="checkbox"/> 조손가정 (19세 미만) <input type="checkbox"/> 기타	
특별지원급여	<input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 자립준비 <input type="checkbox"/> 보호자일시부재( <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)				
[ ] 첫만남이용권	지원대상자	출생정보	<input type="checkbox"/> 국외출생 <input type="checkbox"/> 복수국적	출생순위	<input type="checkbox"/> 첫째아 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상
	지급방식	<input type="checkbox"/> 바우처(원칙) <input type="checkbox"/> 현금(시설보호 아동 등) <input type="checkbox"/> 현금(보호자명의 계좌)			
	카드정보 (국민행복카드)	보호자(카드 보유자) <input type="checkbox"/> BC(은행) <input type="checkbox"/> 삼성 <input type="checkbox"/> 롯데 <input type="checkbox"/> KB국민(은행) <input type="checkbox"/> 신한 ※ 유의사항 - 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC, KB카드를 선택한 경우)를 선택합니다 - 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.			
[ ] 정신건강 심리 상담 바우처사업	지원대상자				
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 1급 유형 <input type="checkbox"/> 2급 유형			
	의뢰경로 (1개 선택)	기관에서 심리상담 필요성 인정 <input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 <input type="checkbox"/> 대학교상담센터 <input type="checkbox"/> 청소년상담복지센터 <input type="checkbox"/> Wee센터/Wee클래스 <input type="checkbox"/> 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관 <input type="checkbox"/> 정신의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 기관	<input type="checkbox"/> 국가 건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울 확인 <input type="checkbox"/> 자립준비청년 및 보호연장아동 <input type="checkbox"/> 재난피해자		
보 건 소 [ ] 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"/> 쌍태아 / 장애정도가 심한 산모+단태아 ( <input type="checkbox"/> 인력1명 <input type="checkbox"/> 인력2명) <input type="checkbox"/> 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍태아 ( <input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력3명) <input type="checkbox"/> 사태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+삼태아 이상 ( <input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력4명)			
	신청요건	기본 지원대상	<input type="checkbox"/> 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) <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"/> 미숙아 출산 산모 <input type="checkbox"/> 기타(소득기준 완화 등)		
서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타				
보 건 소·주 민 센터 [ ] 저소득층기저귀 조제분유지원	지원대상자				
	지원 유형 (중복 체크 가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀( <input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유( <input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)		
		예외지원대상 (지자체 자체 사업)	<input type="checkbox"/> 기저귀( <input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유( <input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)		

개인정보 수집 및 활용 동의		확인 (√ 체크)
<p><b>1. 수집·이용에 관한 사항</b></p> <p><input type="checkbox"/> 개인정보 활용 목적</p> <p>동 신청서를 접수한 <b>보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 활용할 개인정보와 동의요청 범위</p> <p><b>인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보,</b> 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(기초생활보장과 초중고 교육비지원은 본인, 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자 정보, 영유아 및 한부모 가족은 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 노인 및 장애인은 본인 및 배우자 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 <b>정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 파기</p> <p>같은 법 제34조에 따라 <b>5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익</p> <p>위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 사회보장급여법 제7조제6항에 따라 급여 신청을 각하할 수 있습니다.</p>	[ ]	

유의 사항		확인 (√ 체크)
<p>1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 <b>허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우</b>, 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 <b>징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.</b></p>	[ ]	
<p>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.</p>	[ ]	
<p>3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 <b>변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우</b> 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법률에 따라 <b>형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.</b></p>	[ ]	
<p>4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.</p>	[ ]	

추가제출 서류	<p>1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류</p> <p>2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함)</p> <p>3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증빙 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함)</p> <p>4. 건강 진단서(해당자에 한함)</p> <p>5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설임소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류</p> <p>6. 첫만남이용권 지원신청 시 시설임소아동, 보호자가 수형자인 경우, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격 확인이 가능한 서류</p> <p>7. 정신건강 심리상담 바우처사업 신청의 경우, 신청요건에 따라 아래의 서류</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, Wee센터/Wee 클래스 등의 기관에서 심리상담이 필요하다고 인정한 경우 : 기관에서 발급하는 의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급)</li> <li>- 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관을 통해 의뢰된 경우 : 「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 지침」의 별지 제4호 연계의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급)</li> <li>- 정신의료기관 등에서 심리상담이 필요하다고 인정한 경우 : 정신건강의학과 의사, 한방신경정신과 한의사가 발급하는 진단서 또는 소견서(신청일 기준 3개월 이내 발급)</li> <li>- 국가 정신건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울이 확인된 경우 : 일반 건강검진 결과통보서(신청일 기준 1년 이내 실시)</li> <li>- 자립준비청년 및 보호연장아동 : 자립준비청년은 보호종료확인서, 보호연장아동은 시설재원증명서 또는 가정위탁 보호확인서</li> <li>- 서비스 신청일로부터 5년 이내의 재난피해를 입은 본인 또는 재난피해로 사망한 자(실종자 포함)의 유가족 : 피해 사실확인서, 피해자인정결정서, 국가재난관리정보시스템을 통한 확인</li> </ul> <p>8. 일상돌봄 서비스 신청의 경우, ①의사진단서, 소견서, 자립준비청년 보호종료확인서 등 대상자 또는 그 가족의 돌봄 필요성을 증명할 수 있는 서류, ②돌봄 제공자 부재를 증명할 수 있는 서류</p> <p>9. 긴급돌봄 지원사업 신청의 경우, 의사진단서 및 소견서, 입원(퇴원)확인서, 주돌봄자의 사망신고서 등 긴급성을 증명할 수 있는 서류</p>
---------	---

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

년 월 일

신청인(대리 신청인<sup>2)</sup>) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

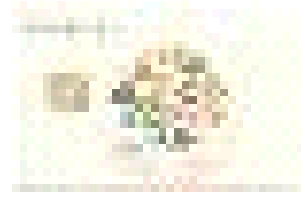
**특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장** 귀하

2) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등

## 국민행복카드 소개 및 발급 안내 (서비스 이용자용)

### ■ 「국민행복카드」란?

- 정부에서 지원하는 다양한 전자이용권(바우처) 사업을 한 장의 카드로 이용할 수 있는 통합 카드



- 전자이용권 서비스를 이용하기 위해서는 **국민행복카드가 필요합니다.**

- 다만, **희망e카드를 보유하고** 계신 분은 향후 전자이용권 **재발급 신청시까지 희망e카드를 계속 사용**하실 수 있습니다.

### ■ 국민행복카드 신청방법

가까운 은행, 우체국 등 직원에게 “국민행복카드” 발급을 요청하세요

- 대상자가 **만14-19세미만인 경우,**

**카드사 영업점\***(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하여 **국민행복카드(체크카드)**를 신청하면 됩니다.

\* **BC카드**(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), **롯데카드, 삼성카드**

※ 카드사별로 신청 가능자(법정대리인, 서비스 대상자 본인, 법정대리인과 본인 동행 등), 구비서류 필요여부 등이 다르므로 **영업점 방문 전 발급 기준을 문의**하세요

- 대상자가 **만19세이상인 경우,**

① **카드사 영업점**(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, **홈페이지 접속 또는 콜센터에 직접 전화**하여 **국민행복카드 발급 신청**이 가능하며,

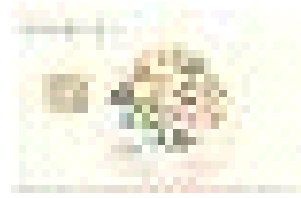
② **읍·면·동 주민센터** 또는 **보건소**에서 서비스를 신청할 때 **카드사 콜센터 발급상담 전화**를 함께 신청하실 수도 있습니다.

### ■ 문의 및 정보확인

- (전화) 사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축4번) 또는 보건복지부 콜센터(129)
- (인터넷) 국민행복카드 홈페이지([www.voucher.go.kr](http://www.voucher.go.kr))

■ 「국민행복카드」란?

- 정부에서 지원하는 다양한 전자이용권(바우처) 사업을 한 장의 카드로 이용할 수 있는 **통합 카드**



보건복지부에서 제공하는 지역사회서비스 등 8대 사회서비스\*의 전자이용권을 ‘국민행복카드’로 운영하고 있습니다.

- \* ① 지역사회서비스투자 ② 가사간병방문 ③ 노인돌봄종합 ④ 장애인활동지원
- ⑤ 발달재활 ⑥ 언어발달 ⑦ 발달장애인 부모상담지원 ⑧ 산모·신생아 건강관리지원

전자이용권 서비스를 이용하기 위해서는 국민행복카드가 필요합니다.

- 다만, 희망e카드를 보유하고 계신 분은 향후 전자이용권 재발급 신청시까지 희망e카드를 계속 사용하실 수 있습니다.

■ 국민행복카드 종류 : 신용카드, 체크카드, 전용카드

구 분	신용카드	체크카드	전용카드	
			카드사 발급 전용카드	사회서비스 전용카드
발급기준	(만19세이상) 본인 선택 (만14-19세미만) 체크카드		신용/체크카드 발급 제한 시 (신용불량, 계좌개설 불가 등)	만14세미만, 만75세이상 노인단기가사, 장애인활동지원 중 발달장애인 (지적·자폐), 지역사회서비스 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행
결제계좌	모든 은행계좌 가능	해당은행 계좌	필요 없음	
발급기관	BC카드*, 롯데카드, 삼성카드 * IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국			사회보장정보원
발급방법	카드사 영업점 방문, 홈페이지 또는 콜센터를 통해 신청하거나, 읍면동에서 서비스 신청 시 상담전화 함께 신청			읍면동에서 서비스 신청 시 함께 신청

◆ 제공기관 협조요청사항

- ① 제공기관에서는 서비스 계약시 이용자의 카드발급여부(신용·체크·전용)를 확인<sup>1)</sup>하고,
- ② 카드를 아직 발급받지 않으신 분들께는 발급방법을 안내<sup>2)</sup>하여 주시기 바랍니다.

1) 카드발급여부 확인방법

- 전자바우처 시스템 접속 후,
- ① 상단 [카드/단말기관리] 클릭 → ② 대상자카드관리 하단 [카드발급현황조회] 클릭 → ③ [조회] 버튼 클릭
- 조회화면에 이용자가 없는 경우 카드 발급방법 안내 필요



## 2) 국민행복카드 신청방법

- ① 국민행복카드 종류별 발급기준에 따라 신청방법을 안내하고,
- ② 서비스 이용자가 은행, 우체국 등 카드발급 담당 직원에게 이용하고자 하는 서비스명이 아닌 “국민행복카드” 발급을 요청하도록 안내

■ 대상자가 **만14-19세미만인 경우,**

**카드사 영업점\***(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하여 국민행복카드(체크카드)를 신청하면 됩니다.

\* BC카드(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), 롯데카드, 삼성카드

※ 카드사별로 신청 가능자(법정대리인, 서비스 대상자 본인, 법정대리인과 본인 동행 등), 구비서류 필요여부 등이 다르므로 **영업점 방문 전 발급 기준을 문의**하도록 안내하여 주시기 바랍니다.

☞ 대상자가 **만19세이상인 경우,**

**카드사 영업점**(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, **홈페이지 접속** 또는 **콜센터**에 직접 **전화**하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.

※ 대상자가 **만14세미만, 만75세이상, 노인단가기사, 장애인활동지원 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행인 경우, 읍면동 주민센터 또는 보건소에서 서비스 신청 시 이미 국민행복카드(전용카드) 신청도 함께 이루어졌으므로 별도 안내 필요 없음**

### ■ 문의 및 정보확인

- (전화) 사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축4번) 또는 보건복지부 콜센터(129)
- (인터넷) 국민행복카드 홈페이지([www.voucher.go.kr](http://www.voucher.go.kr))

■ 사업운영 자체 서식 (적용 2018.1.1.)

사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

발급 대상자	대상자	성명(한글)	주민등록번호	
	대리인	성명(한글)	생년월일	대상자와의 관계
	미성년자 발급동의서	① 징구 ② 미징구 ※ 만14세미만 아동은 법정대리인 동의 필요		

신청 구분	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급	재발급사유	<input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타
-------	--	-------	---

카드 수령지	수령인	<input type="checkbox"/> 발급대상자 <input type="checkbox"/> 보호자(가족 등)	대상자와의 관계 : ※ 수령자가 보호자인 경우 기재		
		성명	생년월일	전화번호	-
	수령지	① 자택 ② 직장 ③ 읍·면·동주민센터 ※ 자택, 직장, 읍·면·동주민센터 중 희망 수령지를 체크하고 주소, 전화번호를 기재			
	자택	□□□□□	전화번호	-	
	직장	□□□□□	전화번호		

본인 부담금 환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호
	* 대상사업 : 노인돌봄종합서비스(방문·주간보호·단기가사), 장애인활동지원, 가사간병방문지원		

년 월 일

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만14세미만 아동, 만75세이상 노인, 노인단기가사서비스 대상자, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토달케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 사회서비스 전용 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 사회서비스 전용 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.





[제6호 서식]

■ 사업운영 자체 서식 (적용 2016.11.30.)

## 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 유의사항

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

## 사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서

안녕하십니까?

귀하가 00년 00월 00일 신청하신 지역사회서비스투자사업(000000사업)이용 시 유의사항 및 준수사항에 대해 아래와 같이 알려드립니다.

1. “사회서비스 이용 및 이용권관리에 관한 법률” 제15조에 따른 이용자 준수사항을 준수하여야 합니다. 동 사항을 위반할 경우 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금을 받을 수 있음을 알려드립니다.

### [이용자 준수사항]

1. 사회서비스 이용권(바우처카드, 전자카드 포함)을 정당한 권리가 없는 자에게 판매 대여하거나 그 권리를 이전하여서는 안된다.
2. 사회서비스이용권을 사용할 때에 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 물품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.

2. 회당결제 방식(예외, 장애인보조기기렌탈서비스, 자살위험군예방서비스, 저소득 건강관리서비스)에 따라 이용자는 서비스 이용 당일 반드시 바우처 카드를 소지하여야 하며, 원칙적으로 바우처카드 미소지자는 서비스를 제공받을 수 없습니다.
3. 본인부담금의 미납 및 2개월간 바우처 결제실적이 없는 경우 별도의 조치 없이 해당 서비스의 이용자격이 상실됩니다.
4. 아울러 제공인력에 대한 폭력, 성폭력 등 부당한 해위를 한 사실이 확인된 경우 해당 서비스 이용자격이 상실되고, 관련법에 따른 민형사상 처벌을 받을 수 있음을 알려드립니다.

감사합니다.

20 년 월 일

특별자치시장·도지사·시장·군수·구청장

지역사회서비스 투자사업(0000서비스) 신청인(또는 대리인) ( )는 위의 사항을 관계 공무원으로부터 안내 받았으며 동 사항을 준수할 것을 확인합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인)

(서명 또는 인)



### [우리아이심리지원서비스 소견서]

신청자 정보									
이름		생년월일		성별 (○체크)	여 남				
연령	만 세	학년		보호자 이름					
소견요약									
신청자의 특성	※ 다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요(중복 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 가능) <input type="checkbox"/> ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 <input type="checkbox"/> ② 정서적 어려움: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 <input type="checkbox"/> ③ 사회성결여: 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계 1: 언어문제 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계 2: 인지문제 <input type="checkbox"/> ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타 (그 밖의 문제행동: )								
사용한 검사도구 (추가 가능)	검사도구		정상범위/백분위	평가결과 (점수)	참고점수 (하위적도의 점수)				
	부모 보고								
	전문가 보고								
평가소견	(소견 및 치료의 주관적 서술)								
	(소견 및 치료의 주관적 평가: 해당되는 번호에 <input checked="" type="checkbox"/> 체크)								
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
← 심각					양호 →				
검사기관 정보									
기관명			기관연락처						
기관주소									
작성자이름			작성자 연락처						
작성자 자격명			작성자 자격번호						

위의 소견이 사실임을 증명합니다.

20    년    월    일

작성자: \_\_\_\_\_ (인)