

# 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

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

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

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

※ 배우자 관계 ( [ ] 혼인 [ ] 사실 [ ] 사실상 이 )

본인부담금 환급계좌 1)	지원대상자와의 관계	성명	금융기관명	계좌번호	예금주	비고(사유)
------------------	------------	----	-------	------	-----	--------

## 제출처 사회보장급여 내용

[ _ ] 교육료지원 · 유아학비지원 * 부모급여(보육료) 지원포함	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, 자격확인 결과에 따라 어린이집(0~2세) 기본보육자격으로 변경될 수 있습니다. * 0,1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로, 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다. * 동일보장기구원의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 다급씨앗계좌(CDA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재							
[ _ ] 가사간병방문지원	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"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 한부모가정(법정보호세대) <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자				<input type="checkbox"/> 월 24시간 <input type="checkbox"/> 월 27시간 <input type="checkbox"/> 월 40시간	
		<input type="checkbox"/> 장기입원 사례관리 퇴원자				<input type="checkbox"/> 월 40시간	
[ _ ] 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 (영유아)			
		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 ( )					
[ _ ] 발달장애인 지원	발달장애인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타 ( )		
		장애 유형 및 정도	장애유형	장애 정도	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록(영유아)		
	주간활동 및 방과후 활동 지원	장애 유형 및 정도	장애유형	장애 정도	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애		
		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 작성해 주시기 바랍니다.

[지역사회 서비스]	지원대상자		서비스명		
	지원대상자		서비스명		
[여성청소년 생리용품 지원]	지원대상자		지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능	
	지원대상자				
[장애인활동지원]	지원대상자				
	긴급활동지원	[ ] 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)			
	활동지원급여	신청유형	[ ] 신규신청 [ ] 변경신청 [ ] 갱신신청 [ ] 노인장기요양전환자 지원		
		변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	[ ] 장애상태의 변화	[ ] 학교생활	
			[ ] 직장생활	[ ] 취약가구	
[ ] 독거(1인)가구 (19세 이상)			[ ] 거주지 이전		
[ ] 나머지 가족의 사회생활	[ ] 조손가정 (19세 미만)				
특별지원급여	[ ] 출산 [ ] 자립준비 [ ] 보호자일시부재 ([ ] 결혼 [ ] 사망 [ ] 출산 [ ] 입원 [ ] 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)				
[첫만남이용권]	지원대상자	출생정보	[ ] 국외출생 [ ] 복수국적	출생순위 [ ] 첫째아 [ ] 둘째아 이상	
	지급방식	[ ] 바우처(원칙) [ ] 현금(시설보호 아동 등) [ ] 현금(보호자명의 계좌)			
	카드정보 (국민행복카드)	보호자(카드 보유자)			
		[ ] BC(은행) [ ] 삼성 [ ] 롯데 [ ] KB국민(은행) [ ] 신한 ※ 유의사항 - 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC, KB카드를 선택한 경우)를 선택합니다 - 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.			
보 건 소 [산모신생아 건강관리지원]	지원대상자	출산(예정)일	년	월	일
	지원 유형	[ ] 단태아 ([ ] 첫째아 [ ] 둘째아 [ ] 셋째아 이상), [ ] 쌍생아 / 장애정도가 심한 산모+단태아 ([ ] 인력1명 [ ] 인력2명) [ ] 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍생아 ([ ] 인력2명 [ ] 인력3명) [ ] 사태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+삼태아 이상 ([ ] 인력2명 [ ] 인력4명)			
	신청요건	기본 지원대상	[ ] 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) [ ] 소득기준 이하		
		예외 지원 대상 (해당자만)	[ ] 희귀난치성질환 산모 [ ] 장애인 산모 및 장애 신생아 [ ] 쌍생아 이상 출산가정 [ ] 셋째아 이상 출산가정 [ ] 새터민 산모 [ ] 결혼이민 가정 [ ] 미혼모 산모 [ ] 둘째아 이상 출산 산모 [ ] 분만 취약지 산모 [ ] 기타(소득기준 완화 등)		
	서비스 제공 장소	[ ] 자택 [ ] 기타			
보건소 · 주민 센터 [저소득층기저귀 교체분유지원]	지원대상자				
	지원 유형 (중복 체크가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청가능)	기본지원대상	[ ] 기저귀 ([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타) [ ] 조제분유 ([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)		
		예외지원대상 (지자체자체 사업)	[ ] 기저귀 ([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타) [ ] 조제분유 ([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)		

개인정보 수집 및 활용 동의		확인 (√ 체크)
<p>1. 개인정보 활용 목적</p> <p>동 신청서를 접수한 「보장기관의 장이」 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인 조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.</p> <p>2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위</p> <p>인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(보육료 지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 유아학비지원의 경우 본인, 배우자 및 직계존비속 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청 하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.</p> <p>3. 개인정보 보유 및 파기</p> <p>같은 법 제34조에 따라 5년간 보유 하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.</p>		[ ]



## 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	

신청구분	<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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	전화번호
	직장	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	전화번호

본인 부담금 환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호
	* 대상사업: 장애인활동지원, 가사간병방문지원		

년 월 일

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장 귀하

### 안내 및 유의사항

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

○ 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.