

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서										처리기간 : 14일 (영유아보육료, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)	
신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)			세대주와의 관계	전화번호					
	주소					휴대전화					
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	사회보장급여 내용										
[] 보육료지원·유아학비지원 (아이행복카드)	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.										
읍면동 주민센터	[] 가사간병 방문지원		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		
			[] 장기입원 사례관리 퇴원자						[] 월 40시간		
	[] 장애아동 가족지원		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)				
			장애등급		[] 장애정도가 심한 장애인 [] 장애정도가 심하지 않은 장애인 [] 미등록						
			필요서비스 (중복 체크가능)		<input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 청능 <input type="checkbox"/> 미술심리재활 <input type="checkbox"/> 음악재활 <input type="checkbox"/> 행동 <input type="checkbox"/> 놀이심리 <input type="checkbox"/> 재활심리 <input type="checkbox"/> 감각발달재활 <input type="checkbox"/> 운동발달재활 <input type="checkbox"/> 심리운동 <input type="checkbox"/> 기타()						
			언어발달지원		지원대상자		필요서비스 (중복 체크가능) [] 언어발달진단 [] 언어재활 [] 기타 ()				
	[] 발달 장애인 지원		지원대상자		자녀와의 관계		[] 부 [] 모 [] 기타()				
			장애 유형 및 등급		장애유형		장애 정도		<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인		
			장애 유형 및 등급		장애유형		장애 정도		<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인		
			지원유형		<input type="checkbox"/> 주간활동서비스 (<input type="checkbox"/> 44시간 <input type="checkbox"/> 88시간 <input type="checkbox"/> 120시간) ※ 88시간/120시간 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. <input type="checkbox"/> 방과후활동서비스						
	[] 지역사회 서비스		지원대상자		서비스명						
			지원대상자		서비스명						
	[] 여성청소년 보건위생 물품지원		지원대상자		지원신청		청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능				
지원대상자											

	[] 장애인활동 지원	지원대상자			
		긴급활동지원	[] 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)		
		활동지원급여	신청유형	[] 신규신청 [] 변경신청 [] 갱신신청	
			변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	[] 장애상태의 변화	
				[] 직장생활	
[] 학고생활					
		[] 독거(1인)가구 (19세 이상)		[] 취약가구	
		[] 나머지 가족의 사회생활		[] 거주지 이전	
		[] 한부모가정 (19세 미만)		[] 조손가정 (19세 미만)	
		특별지원급여	[] 출산 [] 자립준비 [] 보호자일시부재([] 결혼 [] 사망 [] 출산 [] 입원 [] 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)		
보 건 소	[] 산모신생아 건강관리지원	지원대상자	출산(예정)일 년 월 일		
		지원 유형	[] 단태아([] 첫째아 [] 둘째아 [] 셋째아 이상), [] 쌍생아([] 둘째아 [] 셋째아 이상) [] 삼태아 이상 [] 장애정도가 심한 산모		
		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		
보건 소· 주민 센터	[] 저소득층기저귀 조제분유지원	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 (지자체차제 사업)	[] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타)		

개인정보 수집 및 활용 동의

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.
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(보육료지원의 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 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.
3. 개인정보 보유 및 파기
같은 법 제34조에 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 파태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.
2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 파태료 등이 부과될 수 있습니다.
3. 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 파태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.

[]

[]

[]

[]

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) 연장보육 신청의 경우 취업 증명 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함)
4. 건강 진단서(해당자에 한함)
5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질병 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁 아동 등임을 증명하는 서류

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

년 월 일

신청인(대리 신청인) 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

210mm×297mm(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡))

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	<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 : 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 토탈케어, 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.

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 제공하는데 동의하십니까?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 제공항목 : 성명, 연락처(주택, 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: center;">[] 동의함 [] 동의하지 않음</p>
--------------	--

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

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

2023년 1월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

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

안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만19세이상

- 전자기용권(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 전자기용권(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.

(서명)

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.

2023년 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 이용권 관리에 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(마우치카드, 전자카드 포함)을 정당한 권리가 없는 자에게 판매 대여하거나 그 권리를 이전하여서는 안된다.
2. 사회서비스이용권을 사용할 때 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 물품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.

2. 해당결제 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 이용자격을 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.

2023년 월 일

특별자치시장·도지사·시장·군수·구청장

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

2023년 월 일

신청인(대리인)

(서명 또는 인)