



[서식 1호] (개정 2017.1.1)

[1 면]

제1편

발달지향서비스사업

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서							처리기간: 14일 (영유아보육료는 30일)	
신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)		세대주와의 관계	전화번호			
	주소						휴대전화	
							전자우편	
가족사항	세대주 외의관계	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							
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)					
			* 어린이집(0~2세) 종일 서비스를 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 맞춤 서비스가 제공될 수 있습니다.					
	<input type="checkbox"/> 노인 돌봄종합 서비스	방문 서비스	지원대상자	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 신청요건 <input type="checkbox"/> 장기요양등급외A,B <input type="checkbox"/> 장애1~3등급 <input type="checkbox"/> 중증질환자				
		필요서비스	<input type="checkbox"/> 월 9일 <input type="checkbox"/> 월 12일 / <input type="checkbox"/> 치매가족휴가지원					
	<input type="checkbox"/> 가사간병 방문지원	지원대상자	<input type="checkbox"/> 신청요건 <input type="checkbox"/> 독거노인 <input type="checkbox"/> 고령부부(만75세 이상)가구					
		서비스시간	<input type="checkbox"/> 1개월(24시간) <input type="checkbox"/> 2개월(48시간)					
		신청요건 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 월 24시간 <input type="checkbox"/> 월 27시간 <input type="checkbox"/> 1~3급 장애인 <input type="checkbox"/> 중증질환자 <input type="checkbox"/> 희귀난치성질환자 <input type="checkbox"/> 소년소녀가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 한부모가족(법정보호세대) <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자					
	<input type="checkbox"/> 장애 아동 가족 지원	발달 재활 서비스	지원대상자	장애 <input type="checkbox"/> 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 유형 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록 (영유아)				
			장애등급	<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				
		언어 발달 지원	필요서비스 (중복 체크가능)	<input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 미술치료 <input type="checkbox"/> 음악치료 <input type="checkbox"/> 행동·놀이·심리운동치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				
필요서비스 (중복 체크가능)			<input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어치료 <input type="checkbox"/> 청능치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )					
<input type="checkbox"/> 발달장애 아인지원	발달 장애 부모 심리 상담	지원대상자	자녀와의 관계		<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타( )			
		장애 유형 및 등급	장애 유형	<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	

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[2 면]

	<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"/> 보호자일시부제 <input type="checkbox"/> 나머지 가구구성원의 직장생활 등		
지원대상자		서비스명			
보 건 소	<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	기본 지원대상	<input type="checkbox"/> 소득기준 이하	
			예외 지원 대상 (해당자만)	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환 산모 <input type="checkbox"/> 장애인 산모 및 장애인 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	<input type="checkbox"/> 저소득층기저귀 조제분유지원	지원대상자			
		지원유형 (중복 체크가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 조제분유(변경신청인 경우만 단독 신청가능)	
			예외지원대상 (지자체 자체사업)	<input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 조제분유(변경신청인 경우만 단독 신청가능)	
< 유 의 사 항 >					확인 (√ 체크)
1. 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 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·보훈급여·교정 등 관련 정보를 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공공이용 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"/>
4. 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"/>
5. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.					<input type="checkbox"/>
6. 바우처 사용내역 안내(미사용액 홍보) 등 문자알림서비스 수신을 위해 변경된 휴대전화번호는 반드시 변경 하여야 합니다.					<input type="checkbox"/>
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) 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. <div style="text-align: right;">년 월 일</div> <div style="text-align: right;">신청인(대리 신청인<sup>1)</sup>) 성명 : (서명 또는 인)</div> <div style="text-align: right;">신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)</div> <div style="text-align: right;">특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하</div>					

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

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))





[서식 1-1호]

■ 사업운영 자체 서식 &lt;적용 2016.11.30.&gt;

## 사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

발급 대상자	대상자	성명(한글)	주민등록번호
	대리인	성명(한글)	생년월일
	대상자와의 관계		
미성년자 발급동의서		① 징구 ② 미징구 ※ 만 14세 미만 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	□□□-□□□	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 : 만 14세 미만 아동, 노인단기가사서비스 대상자, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인 (지적·자폐)

- 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.

[서식 1-2호]

■ 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 만 14세 미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.



[서식 1-3호]

## 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 제공하는 데 동의하십니까?</p> <p>- 제공항목 : 성명, 연락처(자택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명</p> <p>- 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인</p> <p>- 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사)</p> <p>- 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지</p> <p style="text-align: right;">[ ] 동의함                      [ ] 동의하지 않음</p>																				
신청카드 (택1)	<p>BC카드</p> <table border="0"> <tr> <td>[ ] IBK기업은행</td> <td>[ ] NH농협</td> <td>[ ] SC제일은행</td> <td>[ ] 롯데카드</td> <td>[ ] 삼성카드</td> </tr> <tr> <td>[ ] 경남은행</td> <td>[ ] 광주은행</td> <td>[ ] 대구은행</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>[ ] 부산은행</td> <td>[ ] 수협은행</td> <td>[ ] 우리은행</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>[ ] 전북은행</td> <td>[ ] 제주은행</td> <td>[ ] 우체국</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	[ ] IBK기업은행	[ ] NH농협	[ ] SC제일은행	[ ] 롯데카드	[ ] 삼성카드	[ ] 경남은행	[ ] 광주은행	[ ] 대구은행			[ ] 부산은행	[ ] 수협은행	[ ] 우리은행			[ ] 전북은행	[ ] 제주은행	[ ] 우체국		
[ ] IBK기업은행	[ ] NH농협	[ ] SC제일은행	[ ] 롯데카드	[ ] 삼성카드																	
[ ] 경남은행	[ ] 광주은행	[ ] 대구은행																			
[ ] 부산은행	[ ] 수협은행	[ ] 우리은행																			
[ ] 전북은행	[ ] 제주은행	[ ] 우체국																			

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년            월            일

신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

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

### 안내 및 유의사항

#### ▶ 신청대상 : 만 19세 이상

- 전자이용권(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 전자이용권(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 신용심사 결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌입류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지는 않습니다.

[서식 1-4호]

■ 사업운영 자체 서식 <적용 2016.11.30.>

## 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

### ☐ 개인정보 및 고유식별정보 처리 안내

- 수집·이용 항목
  - 신청서에 기재된 내역 일체 : 성명·주민등록번호·주소·연락처 등
  - 자산조사 및 자격정보 일체 : 소득·재산 등 자산정보 및 장애유형·등급 등 자격정보
  - 국민행복카드 정보 일체 : 신청정보·카드번호·이용내역 등
- 수집·이용 목적
  - 전자이용권 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
  - 바우처포인트 생성 및 이용대금 정산(본인부담금 납부·환급 포함)에 관한 업무
  - 전자이용권 서비스 제공·결제(보육료 및 유아학비 호환결제 포함)에 관한 업무
  - 국민행복카드 카드 제작 및 배송에 관한 업무
  - 전자이용권 서비스 중복수혜 및 부정수급 확인에 관한 업무
  - 전자이용권 서비스 만족도 조사 및 각종 안내문 발송에 관한 업무
  - 기타 전자이용권 서비스 제도 운영에 관한 업무
- 보유 기간 : 전자이용권 이용자격 종료 후 5년까지

### ☐ 개인정보 및 고유식별정보(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호
- 민 감 정 보 : 장애 및 질병 등 건강정보
- 관 련 법 률
  - 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
  - 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」시행령 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
  - 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」시행령 제37조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

### ☐ 개인정보 제3자 제공(목적·항목·제공처) 안내

- 국민행복카드 발급
  - 성명, 주소, 연락처 : 해당 카드사
- 보육료·유아학비 호환결제
  - 국민행복카드번호 : 보육통합정보시스템
- 중복수혜 및 부정수급 확인 등 제도 운영
  - 성명, 주민등록번호, 서비스 이용내역 : 유관 정부기관 또는 공공기관

### ☐ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- |                               |         |             |
|-------------------------------|---------|-------------|
| ○ 개인정보 처리에 동의하십니까?            | [ ] 동의함 | [ ] 동의하지 않음 |
| ○ 고유식별정보(민감정보 포함) 처리에 동의하십니까? | [ ] 동의함 | [ ] 동의하지 않음 |
| ○ 제3자 제공에 동의하십니까?             | [ ] 동의함 | [ ] 동의하지 않음 |

### ☐ 동의를 거부할 권리 안내

- 귀하는 상기 개인정보를 수집·이용하거나 제3자에게 제공하는 데 동의하지 않을 수 있으며, 동의를 거부하는 데 따르는 불이익은 없습니다. 다만, 동의 거부 시에는 전자이용권 서비스 대상으로 선정될 수 없음을 알려드립니다.

본인은(대리신청인 포함)은 상기 내용을 확인합니다.

※만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

20    년    월    일

신청인(대리신청인):

(서명)