

서식 1

신청서

접수번호 00시 - 21 - 000

뇌병변장애인 기저귀 지원 신청(변경)서

신청인	이름	성별	생년월일	(만 세) * 신청일 기준 연령작성	전화번호		
	장애유형		장애정도		<input type="checkbox"/> 심한장애		
	주소	*주민등록등본과 동일한 주소 기입			휴대전화		
대리인	성명	주민등록번호	신청인과의 관계		전화번호		
	주소				휴대전화		
				이메일			
구입비용 지원계좌 *제출한 통장사본과 동일해야함.	예금주	은행명		계좌번호			
	예금주와의 관계						

<개인정보 및 고유식별정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서>

- 수집·이용 항목 : 지원(변경)신청서에 기재된 성명·생년월일·주민등록번호·주소·연락처·이메일·장애유형 및 등급, 계좌번호 등
- 수집·이용의 목적 : 뇌병변 장애인 기저귀 지원사업의 자격확인 및 자격결정, 비용지원에 관한 업무
- 개인정보 수집·이용 처리 근거 : 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용)
- 개인정보 제3자 제공 : (목적) 사업관리, 중복수혜 및 부정수급 확인 등 (제공받는자) 경기도 및 경기도내 시군
- 정보의 보유기간 : 지원자격 또는 사업종료후 5년간
- 귀하는 상기 개인정보 및 고유식별정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대하여 동의하지 않을 수 있습니다. 단, 동의 거부시 사업신청이 제한될 수 있습니다.

본인은 「뇌병변 장애인 기저귀 지원사업」을 위한 개인정보 및 고유식별정보의 수집·이용 및 제3자 제공에 대하여 「개인정보보호법 제15조 및 제22조에 따라 동의합니다.

☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

<유의사항>

확인(√ 체크)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. 신청자는 자격기준을 확인하여 지원대상자로 선정되고, 예산소진으로 인하여 지원대상자로 선정되지 않을 수 있습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 2. 대상자로 선정된 달부터 지원이 가능하며, 65세 도래·사망·전출·장애등록 취소·사업종료 등의 사유로 중지될 수 있습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 3. 지원금액은 매월 기저귀 구입비용의 50%(월 5만원 한도)이며, 분기별 지정된 날짜까지 영수증을 제출하여야 지원받을 수 있습니다. 영수증에는 구매내역, 단가, 구매비용이 표기되어 있어야 하며, 간이영수증은 인정되지 않습니다. 분기별 지정된 날짜까지 영수증을 제출하지 못하는 경우 해당분기는 지원되지 않습니다. | <input type="checkbox"/> |
| 4. 만65세가 도래한 경우, 만65세가 도래한 날이 속하는 달까지 발행된 영수증 인정
사망자는 사망전일까지 발행된 영수증 인정, 도내 사업 미시행 시군 또는 경기도 외로 전출시 전출일 전일까지 발행된 영수증 인정 | <input type="checkbox"/> |
| 5. 부정수급으로 판단될 경우 지원중단 및 지원금액에 대한 환수처리가 될 수 있습니다.
- (부정수급 유형) 장애등록 취소, 사망, 전출, 시설입소 등 자격상실자가 지급 신청한 경우, 영수증을 허위로 제출하거나 영수증 제출 후 구매취소 한 경우, 구매한 기저귀를 타인에게 재판매하는 경우 등 | <input type="checkbox"/> |
| 제출서류: ① 신청서 ② 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서(21년 1월 이후 발행분) ③ 복지카드사본 ④ 본인통장 사본(미성년자 또는 불가피할 경우 동거 또는 직계가족 명의) ⑤ 위임장 및 대리인 증명 서류(대리인 신청시) | <input type="checkbox"/> |

본인(대리신청인 포함)은 위의 사항에 대하여 안내받았음을 확인하며 「뇌병변장애인 기저귀 지원사업」을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인) 성명 :
신청인과의 관계 :

(서명 또는 인)
(대리 신청의 경우)

00시장 귀하

서식 2

위임장

뇌병변장애인 기저귀 지원 사업 신청 위임장

위임 받는자	성명		생년월일	
	주소			
	위임사유		위임자와의 관계	
	전화번호	(휴대전화번호:)		
위임자	성명		생년월일	
	주소			
	전화번호	(휴대전화번호:)		
<p>본인은 「뇌병변장애인 기저귀 지원사업」 신청 및 변경 등을 위 사람에게 위임합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">위임인(본인): (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">위임인 본인 확인 연락처:</p> <p>00시장 귀하</p>				
구비 서류	<p>1. 위임자 신분증</p> <p>2. 위임 받는자 신분증</p> <p>3. 위임자와의 관계 증명 서류</p>			
유의사항				
<p>※유의사항</p> <p>1. 위임을 받는자 및 위임자가 제출하는 신분증은 (주민등록증, 자동차운전면허증, 여권, 장애인등록증 중) 하나를 선택하여 제출합니다.</p> <p>2. 다른 사람의 인장이나 서명을 위조 또는 부정사용한 자(예: 사망한 자의 위임장을 허위로 작성하여 신청하거나 발급받은 자 등)는 「형법」 제231조 내지 제240조의 규정에 의하여 처벌을 받게 됩니다.</p> <p>3. 본인의 서명 또는 도장을 날인하여 신청하여야 합니다.</p>				