

[서식 제1호] 온라인 신청 시 서식은 시스템 기재항목 등으로 같음함

생활지원비 신청서

※ 색상이 어두운 칸에는 신청인이 적지 않고 []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

| | | | |
|---------------------|---------|--|-----|
| 접수번호 | 접수일 | 처리기간 | 30일 |
| 신청인 (확진자 또는 격리자) | 성명 | 주민등록번호 | |
| | 주소 | 전화번호 | |
| | 입원·격리장소 | <input type="checkbox"/> 입원 (병원) <input type="checkbox"/> 생치 (생활치료센터) <input type="checkbox"/> 자가 (<input type="checkbox"/> 재택환자(명) <input type="checkbox"/> 가구 내 격리자(명) <input type="checkbox"/> 기타(명)) | |

| 가구원 (동거인은 별도 신청) | 성명 | 신청인과의 관계 | 주민등록 번호 | 전화번호 | 격리여부 | 격리자 정보(격리 가구원의 경우) | | |
|---------------------------|----|-------------|------------|------|--|--------------------|---|--|
| | | | | | | 입원·격리 통지기간 | 격리구분 | 지원제외대상 여부 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 격리 <input type="checkbox"/> 미격리 | | <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 생치 <input type="checkbox"/> 자가 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 격리 <input type="checkbox"/> 미격리 | | <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 생치 <input type="checkbox"/> 자가 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 격리 <input type="checkbox"/> 미격리 | | <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 생치 <input type="checkbox"/> 자가 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 격리 <input type="checkbox"/> 미격리 | | <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 생치 <input type="checkbox"/> 자가 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 격리 <input type="checkbox"/> 미격리 | | <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 생치 <input type="checkbox"/> 자가 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당 |

- ▶ **지원대상**(’22.7.11. 이후 입원·격리 통지를 받은 사람에 한함) ☞ ’22.7.10. 이전 격리자는 소득기준 미적용
- 가구의 소득이 기준 중위소득 100%이하에 해당하는 격리자 지원
 - 가구의 소득은 전체 가구원(격리자+미격리자)의 건강보험료 본인부담금을 합산하여 판정
 - * 합산보험료가 가구원수별 기준액 이하인 경우 지원
 - * 건강보험에 가입되지 않은 의료급여 수급자 등은 해당 수급자격 확인으로 보험료 확인을 갈음할 수 있음

유의 사항

| 가구원수 | 소득기준 | 건강보험료 본인부담금(노인장기요양보험료 제외) | | |
|------|------------|---------------------------|---------|---------|
| | | 직장가입자 | 지역가입자 | 혼 합 |
| 1인 | 2,334,000 | 82,112 | 36,122 | - |
| 2인 | 3,260,000 | 114,816 | 103,218 | 115,672 |
| 3인 | 4,195,000 | 147,798 | 144,703 | 149,666 |
| 4인 | 5,121,000 | 180,075 | 187,618 | 182,739 |
| 5인 | 6,025,000 | 212,712 | 229,170 | 216,279 |
| 6인 | 6,907,000 | 244,759 | 269,412 | 249,469 |
| 7인 | 7,781,000 | 272,614 | 303,435 | 279,532 |
| 8인 | 8,654,000 | 307,505 | 342,082 | 319,763 |
| 9인 | 9,528,000 | 334,652 | 369,311 | 350,228 |
| 10인 | 10,401,000 | 370,489 | 408,122 | 398,320 |

- ☞ 주민등록표상 ‘동거인’ 등재자는 별도 가구(1인 가구)로 간주하여 별도 신청함
- ☞ 가구원수가 10인을 초과하는 경우는 10인 가구 기준을 적용함

※ **지원 제외**(소득기준에 부합하는 경우라도 아래에 해당하는 경우 미지원)

- ① 「감염병예방법」 제41조의2에 따른 유급휴가를 받은 입원·격리자
 - ② 해외입국 격리자
 - ③ 격리수칙 또는 방역수칙 위반자
 - ④ 입원·격리자 본인이 국가·지자체 등의 재정지원을 받는 아래 기관의 종사자인 경우
 - 「부패방지권익위법」제2조제1호 가~다, 마목에 해당하는 공공기관
 - * 다만, 제1호 단서규정에도 불구하고 마목의 국가나 지자체로부터 출연금 또는 보조금을 받는 사립학교 및 「사립학교법」에 따른 학교 법인은 지원제외 대상에 포함함
 - 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 **기획재정부장관이** 지정한 공공기관
- ☞ ④번 기관 소속 비정규직 근로자 등으로서 「감염병예방법」 제41조의2에 따른 유급휴가(격리를 위한 공가를 포함)를 제공받지 못한 경우 소속기관이 확인한 ‘유급휴가 미제공 확인서’를 제출 시 예외적 지원

▶ **신청기한 : 격리기간이 종료된 날의 익일로부터 90일 이내**

| | | | | |
|----------|-----------------|--|-------|--|
| 입금 계좌 | 예금주 | | 금융회사명 | |
| | 계좌번호 (신청인명의) | | | |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 신청인 제출서류 | 1. 본인 또는 대리인임을 확인할 수 있는 서류(대리신청시 위임장 및 신청인, 대리인 신분증 지참) 2. 가구원을 확인할 수 있는 서류(행정정보 공동이용 동의 시 생략 가능) 3. 가구원 건강보험료를 확인할 수 있는 서류(건강보험료 납부확인서 등) * 온라인 신청 시 제출 생략 4. 예외 신청사유 증빙서류 | 수수료 없음 |
|-------------|--|-----------|

| | |
|---|--|
| 유급휴가 미사용 확인서 | 확인 (V 체크) |
| 본인은 생활지원비 신청과 관련하여 가구 내 격리자가 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조의2에 따른 유급휴가를 사업주로부터 받지 않았음을 확인하였고 향후에도 사업주가 유급휴가비용을 지급 받을 수 없음을 확인하였습니다. | <input type="checkbox"/> 확인함 |
| 행정정보 공동이용 동의서 | 확인 (V 체크) |
| 본인(가구원 포함)은 해당 업무 처리와 관련하여 업무담당자가 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 업무담당자 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 업무담당자의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다. | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 개인정보 수집 및 제3자 제공 동의서 | 확인 (V 체크) |
| 본인(가구원 포함)은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제70조의4에 의한 생활지원비의 신청 적격 확인을 위하여 같은 법 시행령 제32조의3에 따라 개인정보(성명, 주민번호, 주소, 건강보험료 등)의 수집·활용 및 제3자의 기관(사회보장정보원, 국민연금공단, 행정안전부)에 제공하는 것에 동의합니다. * 코로나19 감염병예방법에 따른 업무 종료시 제공 받은 개인정보 폐기 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제70조의4 및 같은 법 시행령 제28조의5에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) 성명:

(서명 또는 인)

시장 · 군수 · 구청장 귀하

210mm×297mm, 일반용지(60g/m², 재활용품)

[서식 제2호]

위 임 장

| | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|------|--|
| 위 임 자 (확진자 또는 격리자) | 성명 | | 생년월일 | |
| | 주소 | | 전화번호 | |
| 위 임 명 | 입원·격리자 생활지원비 신청의 건 | | | |
| 위임 받은 자 | 성명 | | 생년월일 | |
| | 주소 | | 전화번호 | |
| | 위임자와의 관계 | | | |

상기 본인은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제70조의4에 따른 생활지원비 신청에 관한 권한과 의무를 위임 받은 자에게 위임합니다.

년 월 일

위 임 자 : (서명 또는 인)

위임 받은 자 : (서명 또는 인)

유급휴가(공가 등) 미제공 확인서

(민간 사업장, 공공기관 공통)

| | | |
|------------------|----------|----------|
| 사업주 | 성명 | 사업자등록번호 |
| | 주소 | 전화번호 |
| 근로자 | 성명 | 생년월일 |
| | 주소 | 전화번호 |
| 입원·격리기간 (근로자) | 입원·격리시작일 | 입원·격리해제일 |

우리 기관은 위 근로자의 입원·격리기간 동안 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조의2에 의한 유급휴가나 감염병과 관련된 유급휴가(공가 등)을 제공하지 않았음을 증명합니다.

* 향후 위 근로자에 대한 유급휴가비용을 청구할 수 없음을 확인하였습니다.

년 월 일

기관(업체)명 : (직인)