

[제1호 서식]

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] <개정 2024.1.1>

(3쪽 중 1쪽)

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

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

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

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

※ 배우자 관계 (☐ 법률혼 ☐ 사실혼 ☐ 사실상 이혼)

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

제출처	사회보장급여 내용										
읍 면 동 주민 센터	[<input type="checkbox"/>]보육료지원 · 유아학비지원 * 부모급여(보육료) 지원 포함	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 방과 후 [<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 방과 후 [<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 방과 후 [<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 방과 후 [<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. * 0, 1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로, 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다. * 동일보장가구의 제1자가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 다답제약제(DDA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재										
	[<input type="checkbox"/>]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"/>]장애아동 가족지원	발달재활 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"/>] 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()								
[<input type="checkbox"/>]발달장애 아동 지원	언어발달 지원 (비장애아동)	지원대상자									
		필요서비스 (중복 체크가능)	[<input type="checkbox"/>] 언어발달진단 [<input type="checkbox"/>] 언어재활 [<input type="checkbox"/>] 기타 ()								
		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"/>]발달장애 아동 지원	발달장애 아동 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		[<input type="checkbox"/>] 부 [<input type="checkbox"/>] 모 [<input type="checkbox"/>] 기타()						
		장애 유형 및 정도	장애유형	[<input type="checkbox"/>] 지적장애 [<input type="checkbox"/>] 자폐성장애 [<input type="checkbox"/>] 미등록(영유아)		장애 정도	[<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심한 장애인 [<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심하지 않은 장애인				
		장애 유형 및 정도	장애유형	[<input type="checkbox"/>] 지적장애 [<input type="checkbox"/>] 자폐성장애		장애 정도	[<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심한 장애인 [<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심하지 않은 장애인				
	주간활동 및 방과후 활동 지원	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 작성해주시기 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 (* 해당하는 항목에 모두 체크)	신청유형	[] 신규신청	[] 변경신청	[] 갱신신청	[] 노인장기요양전환자 지원
		변경신청 사유 (* 해당하는 항목에 모두 체크)	[] 장애상태의 변화		[] 학교생활	
			[] 직장생활		[] 취약가구	
			[] 독거(1인)가구 (19세 이상)		[] 거주지 이전	
특별지원급여 (* 해당하는 항목에 모두 체크)	[] 출산 [] 자립준비 [] 보호자일시부재([] 결혼 [] 사망 [] 출산 [] 입원 [] 지역사회보호자)		[] 조손가정 (19세 미만)			
	[] 한부모가정 (19세 미만)		[] 기타			
[] 첫만남이용권	지원대상자	출생정보	[] 국외출생 [] 복수국적	출생 순 위	[] 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 카드를 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)	[] 회귀난치성질환 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·주민센터	지원대상자					
	지원 유형 (중복 체크 가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)	기본지원대상	[] 기저귀([] 국기조 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타)			
		예외지원대상 (지자체 자체 사업)	[] 기저귀([] 국기조 [] 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 제 19조에 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.

[]

유 의 사 항		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 과태료 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, 과태료 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 환수 될 수 있으며, 관계 법률에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분 을 받을 수 있습니다.		[]
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.		[]

추가 제출 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 증빙 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 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류 6. 첫만남이용권 지원신청 시 시설입소아동, 보호자가 수형자인 경우, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법인 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격확인 가능한 서류
----------------	---

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

년 월 일

신청인(대리 신청인²⁾) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

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

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·정도 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 대상자로 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)

사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서

안녕하십니까?

귀하가 년 월 일 신청하신 지역사회서비스투자사업()
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 동법 제38조에 따라 1년 이하의 징역 또는 1,000만원이하의 벌금을 받을 수 있음을 알려드립니다.

[이용자 준수사항]

1. 사회서비스 이용권(바우처카드, 전자카드 포함)을 정당한 권리가 없는 자에게 판매 대여하거나 그 권리를 이전하여서는 안된다.
2. 사회서비스이용권을 사용할 때에 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 물품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.
2. 회당결제 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 이용자격이 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.

20 년 월 일

특별자치시장·도지사·시장·군수·구청장

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

20 년 월 일

신청인(대리인)

(서명 또는 인)

지역사회서비스투자사업 이용자 신청 안내 사항

2025년 지역사회서비스투자사업 이용신청과 관련하여 다음과 같이 안내드립니다.

1. 신청서류 작성 시 연락 가능한 연락처를 기재하시기 바랍니다.

- 이용자로 선정되어 서비스를 받는 동안 지역사회서비스 투자사업과 관련한 안내 사항이 신청서에 기재된 연락처로 문자 발송됩니다.
- 연락처 착오기재 및 누락되어 알림에 누락 되는 일이 없도록 바랍니다.

2. 서비스이용자격 상실 안내 입니다.

- 본인부담금 장기미납(2개월) 및 2개월간 연속으로 바우처 결제 실적이 없는 경우 직권 중지(상실)됩니다.
- 타 시에 전출할 경우 자동 자격 상실됨에 따라 전입지에 가서 신청여부 확인하여 재심사 받으셔야합니다.
- 하루라도 주소지 이전 이력이 있으면 자격 중지됩니다.
예) 25.3.1. 수원시에 주소지만 옮기고. 25.3.2. 다시 용인시로 주소지를 옮겨도 자동 중지됨에 따라 재심사 받아야 합니다.

3. 집중모집기간(25.1.6.~1.17.) 신청에 따른 선정여부 결과 통지서는 일반우편으로 주민등록 주소지로 발송예정(1월 31일부터 순차적 발송)입니다.

- 집중신청에 따른 대량 일반우편 발송에 따라, 우편 통지 지연으로 서비스 일정이 지연되었다는 민원이 있음에 따라 2월 중순에도 선정결과 통보를 못 받으셨으면 시청, 행정복지센터로 직접 연락주시어 신청 여부 확인하시기 바랍니다.

신청자 _____은 관할 행정복지센터로부터 상기 이용자 신청 안내 사항을 전달 받았음을 확인합니다.

확인자 : (서명)

[..... 서비스 추천서]

신청자정보					
이름		생년월일		성별 (O체크)	여 남
연령	만 세	학년		보호자이름	
추천내용					
신청자의 특성	<p>다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요 (중복 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 가능)</p> <p><input type="checkbox"/> ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 <input type="checkbox"/> ② 정서적 어려움: 불안 우울 공포 불안정 애착</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 사회성결여 : 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계1: 언어문제 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계2: 인지문제</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타(그 밖의 문제행동:)</p>				
추천사유					
판단근거 (추천이 필요하다고 판단되는 요인)	- 관찰내용, 검사결과 등 기술				
추천자의견	<p>- 인지·언어적, 정서적, 행동적, 또래관계 등 서비스 관련 신청자 특성</p> <p>- 서비스 지원이 필요한 분야 들 상세의견 기재</p>				
추천자정보					
기관명		기관연락처			
기관주소					
작성자이름		직급 또는 자격			
<p>위의 내용이 사실임을 증명하며, 해당자를.....서비스 대상으로 추천합니다.</p> <p>20 년 월 일</p> <p>추천인 :(인)</p>					

[..... 서비스 소견서]

신청자정보									
이름		생년월일		성별 (O체크)	여	남			
연령	만	세	학년		보호자이름				
추천내용									
신청자의 특성	다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요 (중복 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 가능) <input type="checkbox"/> ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 <input type="checkbox"/> ② 정서적 어려움: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 <input type="checkbox"/> ③ 사회성결여 : 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계1: 언어문제 <input type="checkbox"/> ④ 발달장애 경계2: 인지문제 <input type="checkbox"/> ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타(그 밖의 문제행동:)								
사용한 검사도구 (추가가능)	검사도구		정상범위 / 백분위		평가결과 (점수)		참고점수 (하위척도의 점수)		
	부모 보고								
	전문가 보고								
평가소견	(소견 및 치료의 주관적 서술)								
	(소견 및 치료의 주관적 평가: 해당되는 번호에 <input checked="" type="checkbox"/> 체크)								
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
←심각 양호→									
검사기관 정보									
기관명				기관연락처					
기관주소									
작성자이름				작성자 연락처					
작성자 자격명				작성자 자격번호					
위의 소견이 사실임을 증명합니다. 20 년 월 일 작성자 : (인)									