

서식 1

신청서

(앞면)

접수번호 00시·군 - 25 - 000

뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 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	
							이메일	
대리인	성명		주민등록번호		신청인과의 관계		전화번호	
	주소						휴대전화	
							이메일	
구입비용 지원계좌 *제출한 통장사본과 동일해야함.	예금주				은행명	계좌번호		
	예금주와의 관계							
<p align="center">< 유 의 사 항 ></p> <p>1. 신청자는 자격기준을 확인하여 지원대상자로 선정되고, 예산소진으로 인하여 지원대상자로 선정되지 않을 수 있습니다. 코로나19 상황에 따른 병원진료 지연 등을 감안하여 신청일이 속하는 달로부터 3개월까지 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서 제출 유예 가능하나, 3개월 이내 미제출시 지원불가</p> <p>2. 대상자로 선정된 경우 신청한 달부터 지원이 가능하며, 65세 도래·사망·전출·장애등록 취소·사업종료 등의 사유로 중지될 수 있습니다.</p> <p>3. 지원금액은 매월 대소변흡수용품 구입비용의 50%(월 5만원 한도)이며, 분기별 지정된 날까지 영수증을 제출하여야 지원받을 수 있습니다. 영수증에는 구매내역, 단가, 구매비용이 표기되어 있어야 하며, 간이영수증은 인정되지 않습니다. 분기별 지정된 날까지 영수증을 제출하지 못하는 경우 해당분기는 지원되지 않습니다.</p> <p>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</p> <p>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 대소변흡수용품을 타인에게 재판매하는 경우 등</p> <p>제출서류. ① 신청서 ② 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서(24. 1. 1. 이후 발행분) ③ 복지카드사본 ④ 본인통장 사본(미성년자 또는 불가피할 경우 동거 또는 직계가족 명의) ⑤ 위임장 및 대리인 증명 서류(대리인 신청시)</p>								<p align="center">확인(√ 체크)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>본인(대리신청인 포함)은 위의 사항에 대하여 안내받았음을 확인하며 뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원 을 신청합니다.</p> <p align="center">년 월 일</p> <p align="center">신청인(대리 신청인) 성명 : (서명 또는 인) 신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)</p> <p align="center">00시장·군수 귀하</p>								

210mm×297mm(일반용지 60g/m²(재활용품))

(뒷면)

【 개인정보 수집 및 이용 동의서 】		
「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용)에 의거하여 개인정보를 수집합니다.		
<input type="checkbox"/> 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 사업의 급여 업무처리를 목적으로 개인정보를 수집하기 위하여 개인정보 보호법에 따라 귀하의 동의를 받고자 합니다.		
<input type="checkbox"/> 수집·이용하는 개인정보의 항목 ○ 필수항목 : (본인) 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 계좌번호 (대리인) 성명, 생년월일, 대상자와의 관계, 주소, 전화번호		
<input type="checkbox"/> 개인정보 수집·이용 목적 ○ 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 사업의 대상자 선정 및 급여 업무처리를 위하여 개인정보를 수집합니다.		
<input type="checkbox"/> 개인정보 보유기간 ○ 상기 개인정보는 해당 사업의 수급자격 종료 후 5년 동안 보유됩니다.		
<input type="checkbox"/> 개인정보 수집·이용 동의 거부권리 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 사업의 대상자 선정 및 급여 업무처리를 위하여 기본 정보 이외의 추가정보를 수집하지 않으며, 미동의시 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 서비스가 일부 제한 될 수 있습니다.		
개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음		
개인정보 수집 및 이용 동의서(고유식별정보)		
<input type="checkbox"/> 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 사업의 대상자 선정 등의 업무처리를 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다. ○ 대상자 선정 및 급여업무 처리(신청-접수-조사-결정-지급 등)		
고유식별정보 수집 이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음		
개인정보 수집 및 이용 동의서(민감정보)		
<input type="checkbox"/> 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 사업의 대상자 선정 및 급여지급 등의 업무처리를 위하여 다음과 같은 목적으로 민감정보(장애여부 등)를 수집하고 있습니다. ○ 대상자 선정 및 급여업무 처리(신청-접수-조사-결정-지급 등)		
민감정보 수집 이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음		
개인정보 보호법에 명기된 법률상의 개인정보처리자가 준수하여야 할 개인정보보호 규정을 준수하고, 관련법령에 의거하여 대상자의 권익보호에 최선을 다하고 있으며 허가된 이용 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드리며, 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보 등 수급자를 선정하기 위하여 필요한 정보를 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망을 통해 조회함에 동의합니다. ※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.		
<div style="text-align: right;">20 년 월 일</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>신청인(대리인):</div> <div>성명</div> <div>(서명 또는 인)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>(필요시) 법정대리인:</div> <div>성명</div> <div>(서명 또는 인)</div> </div>		
00시장 · 군수 귀하		

서식 3

위임장

뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원 신청 위임장

위임 받는자	성명		생년월일	
	주소			
	위임사유		위임자와의 관계	
	전화번호	(휴대전화번호:)		
위임자	성명		생년월일	
	주소			
	전화번호	(휴대전화번호:)		
<p>본인은 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 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·군수 귀하</p>				
구비 서류	<p>1. 위임자 신분증</p> <p>2. 위임 받는자 신분증</p> <p>3. 위임자와의 관계 증명 서류(행정정보공동이용 등을 통해 확인 가능할 경우 제출 불필요)</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>				

서식 4

뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원 통지서

관리번호 00시·군 - 25 - 000

뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원 선정결과 통지서

신청인	이름		성별		생년월일	(만 세)	전화번호	
	장애유형			장애정도			<input type="checkbox"/> 심한장애	
	주소						휴대전화	
							이메일	
구입비용 지원계좌	예금주		은행명			계좌번호		
	예금주와의 관계							
선정여부	<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 미선정							
지원개시일	년 월 일							
영수증 제출 및 비용지급 일정	구입 시기		대상자 → 읍면동			지급시기		
	1월~3월		4월 4일까지			4월 25일		
	4월~6월		7월 4일까지			7월 25일		
	7월~9월		10월 2일까지			10월 25일		
	10월~12월15일		12월 19일까지			12월 31일 이전		
< 유 의 사 항 >								
<p>1. 신청자는 자격기준을 확인하여 지원대상자로 선정되고, 예산소진으로 인하여 지원대상자로 선정되지 않을 수 있습니다. 코로나19 상황에 따른 병원진료 지연 등을 감안하여 신청일이 속하는 달로부터 3개월까지 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서 제출 유예 가능하나, 3개월 이내 미제출시 지원불가</p> <p>2. 대상자로 선정된 경우 신청한 달부터 지원이 가능하며, 65세 도래·사망·전출·장애등록 취소·사업종료 등의 사유로 중지될 수 있습니다.</p> <p>3. 지원금액은 매월 대소변흡수용품 구입비용의 50%(월 5만원 한도)이며, 분기별 지정된 날까지 영수증을 제출하여야 지원받을 수 있습니다. 영수증에는 구매내역, 단가, 구매비용이 표기되어 있어야 하며, 간이영수증은 인정되지 않습니다. 분기별 지정된 날까지 영수증을 제출하지 못하는 경우 해당분기는 지원되지 않습니다.</p> <p>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</p> <p>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 대소변흡수용품을 타인에게 재판매하는 경우 등</p>								
<p>귀하가 신청한 뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원에 대하여 지원대상자로 <input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 미선정 되었음을 알려드립니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">0000부서 00팀 000 (문의전화)</p> <p style="text-align: center;">00시장·군수</p>								

210mm×297mm(일반용지 60g/m²(재활용품))

※ 통지서가 아닌 공문으로 대체 가능

서식 6

지원계좌 변경 신청서

지원계좌 변경 신청서					
신청인 (대상자)		성명		생년월일	
		주소	(전화 :)		
복지 급여 계좌	현행	금융기관		예금주	
		계좌번호			
	변경	금융기관		예금주	
		계좌번호			
<p>위와 같이 「경기도 뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 계좌 변경을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인(대리 신청인) 성명 : (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">신청인과의 관 계 : (대리 신청의 경우)</p> <p>00시장·군수 귀하</p>					
구비서류		1. 통장 사본 1부. 2. 대리인일 경우 위임장, 위임자 신분증, 위임받는자 신분증, 관계증명서류			

※ 전체 복지급여 계좌변경을 희망할 경우 사회보장급여계좌 변경서식 사용