



2026년 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 대상자 모집 안내

<2026년 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 대상자 모집>

□ 모집기간 : 2026. 1. 22.(목) ~ 2. 5.(목)

- ※ 신청량에 따라 조기마감 가능(모집기간 이후 접수 불가)
- 대상자 선정 결과 통보 예정 2. 24.(화) 전후

□ 수술지원대상: 의료기관에서 수술이 가능하다고 확인한 도내 60세 이하 청각장애인 [장애인복지법 제32조(장애인등록)에 의해 장애 등록한 자

- ※ 단, 영유아(만 5세 이하)의 경우, 청각장애가 예견되어 수술이 필요하다는 의사의 소견(진단)이 있으면 장애 미등록자도 가능(관련서류 첨부 必)

□ 지원 내용 : 수술비 및 재활치료비(언어·청능 훈련) 지원

구분	지원 내용
수술비	당해연도 수술에 대해 1인당 6,000천원 이내 수술비 지원
재활치료비	수술 다음연도부터 3년간 1인당 연 3,000천원 이내

- ※ 신청자가 지원인원을 초과할 경우, 예비순위를 결정하여 수술 포기자 발생 시 순위에 따라 수술지원 대상자로 선정(예비순위는 당해연도에 한함)
- ※ 타 시도 전출 시 지원 불가함 유의

□ 선정 기준 : 저연령 신청자 우선

- ※ 생년월일이 동일한 경우, ① 소득월액이 낮은 장애인가구, ② 세대원 중 다른 장애인 유무, ③ 세대원이 많은 경우 순으로 선정

□ 제외대상 : 동 사업 및 협약사업으로 기존에 지원받은 자
전문병원이 아닌 곳에서 수술가능 확인서를 제출한 자

□ 제출서류 : 1) 수술가능확인서(의료기관 발급)
2) (재활훈련)수행계획서
3) 관련 증빙자료(건강보험료 납부확인서 등)

- ※ 서류 제출 사항 : 읍·면·동 문의

□ 신청방법 : 주소지 읍·면·동 방문 접수