
경기도 장애인 대소변흡수용품 구입 지원사업 안내



경 기 도

《 장애인 대소변흡수용품 구입 지원 주요 변경내용 》

구 분	변경 전(2025년)	변경 후(2026년) 〈내용 보완〉	사 유
지원제외	○ 시설 입소 장애인, 유사사업을 지원받고 있는 장애인	○ 시설 입소 장애인, 유사사업을 지원받고 있는 장애인 - 대소변흡수용품을 본인이 구매하고 있는 장애인은 지원 가능	○ 지원 제외 대상에 대한 예외사항을 규정하여 복지 사각지대 해소
제출서류	○ 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서 1부	○ 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서 1부 - 지연령 등 불가피한 사정으로 일상생활 동작검사가 곤란한 경우 진단서에 ‘수정바벨지수 등에 따른 배변조절과 배뇨조절 점수가 모두 0~2점’ 이라는 객관적 소견이 있으면 검사서 제출 면제 가능	○ 검사서 제출이 불가능한 대상자에 대한 서류 면제 기준을 제시
신청대상	○ 신청인 가족이나 친족 및 그 밖의 관계인	○ 신청인 가족이나 친족 및 그 밖의 관계인 - 주소지가 다른 가족이나 친족도 대리 신청 가능 - 신청 장애인을 사실상 보호하고 있는 사람(관계기관 종사자, 민법상 후견인, 장애인 활동지원사 등)	○ 그 밖의 관계인 범위 구체적 명시
지급계좌	○ 미성년자 및 불가피한 사유로 통장발급이 어려울 경우 동거 가족 또는 직계가족 명의 통장 가능	○ 미성년자 및 불가피한 사유(압류 방지 통장만 소유 등)로 통장발급이 어려울 경우 가족이나 친족 및 그 밖의 관계인 명의 통장 가능 - 동거가족 또는 직계가족이 아닌 친족이나 기타 관계인 명의 통장 사용시 최대 1년마다 <서식 7> 대리수령 신청서(제3자 계좌 지급 동의서) 제출 - 지급 가능한 본인 또는 대리인 명의 통장이 있어야 지원 가능	○ 통장명의자 범위 확대 및 부정수급 방지를 위한 세부 규정 명시
신청방법	○ 품목, 단가, 구매액 확인 가능한 영수증 원본제출 필요 / 간이영수증 불가 (구매액 증빙자료 추가시 가능)	○ 품목, 단가, 구매액 확인 가능한 영수증 원본제출 필요 / 간이영수증 불가 (구매액 증빙자료 추가시 가능) - 영수증으로 품목, 단가 확인 불가 시 거래명세서, 견적서, 주문내역서 화면 등 품목, 단가 확인 가능한 증빙자료 제출 - 간이영수증(품목, 단가 기재) 제출시 송금확인증(현금 구매 불가), 사업자 등록증, 거래처 통장사본 제출 - 할인쿠폰 등 적용 후 구입영수증에 표기된 결제금액 기준으로 지원	○ 구매 증빙자료 구체적 명시로 예산 집행의 투명성 제고
지원품목	○ 기저귀, 흡수용패드, 깔개매트 등 신체에 밀착하여 사용하는 대소변흡수용품 - ‘1 09 30 대소변 흡수용 보조기기’ 하위품목	○ 기저귀, 흡수용패드, 깔개매트, 매트리스 방수커버 등 신체에 밀착하여 사용하는 대소변흡수용품 - ‘1 09 30 대소변 흡수용 보조기기’ 하위품목 및 기능과 형태에 있어 유사한 성격의 품목 - 사용횟수(일회용/재사용), 크기(성인용/유아용) 무관	○ 유사품목 추가하여 지원품목 범위 확대

I

사업 개요

1 목적

평생 대소변 처리를 위한 대소변흡수용품 사용으로 생활의 불편함과 경제적 부담, 이중고에 시달리는 장애인의 삶의 질 향상

2 근거 및 연혁

- 근거 : 「장애인복지법」 제6조(중증장애인의 보호)
「경기도 장애인 위생용품 지원에 관한 조례」 제3조(지원대상 및 방법)
「경기도 뇌병변장애인 지원 조례」 제7조(사업)
- 2021. 4. : 「뇌병변 장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 최초 시행

3 추진개요

- 지원대상 : 장애인 중 심한 장애로 대소변흡수용품을 상시 사용하는 자
- 지원인원 : 2,306명 ※ 31개 시·군 총예산범위 내 인원 조정 가능
- 소요예산 : 1,383,720천원(도 30%, 시군 70%) ※ '26년 본예산 기준
- 지원품목 : 기저귀, 흡수용패드, 깔개매트 등 대소변흡수용품 **【붙임 1】**
- 소변 수집용/배수용 주머니, 튜브 등 기구나 장치 성격의 품목 지원불가
- 지원내용 : 구입비용의 50% 지원(월 5만원 한도 / 분기별 지원)
- 지원방법 : 구입영수증 확인 후 지원금 개인별 계좌 입금
- 지원절차 : 지원신청 → 대상자 선정 → 영수증 제출(분기) → 계좌 입금(분기)
- 시군 여건에 따라 현물 지급 가능
- 기관별 역할

도 장애인복지과	시·군	읍면동
사업 추진 총괄	시·군 대상자 관리 및 급여 지급	신청 접수, 대상자 선정
· 사업 계획 수립 및 확정 · 사전 절차 이행 · 사업 지침 마련 · 예산 수립 및 자금교부 · 사업 홍보 및 평가	· 예산 수립 및 홍보 · 시·군 대상자 최종 선정 및 관리 · 구입비용 대상자별 계좌 입금	· 신청 접수 및 적정여부 확인 · 대상자 선정 보고(→시·군) · 영수증 접수 및 적정 여부 확인 · 비용 지급 요청(→시·군) · 대상자 관리(전출입 등)

II

세 부 추 진 계 획

1 사업대상

- 신청자격 : 대소변흡수용품을 상시 사용하는 경기도 거주 심한 장애인
 - (장애유형 및 정도) 모든 유형의 장애인 중 심한 장애
 - 종합 장애정도가 심한 장애인 경우 가능
 - (연령기준) 2세 이상(25개월) ~ 64세 이하 / 신청일 기준
 - 65세가 도래하는 달까지 신청 및 지원 가능
 - (제외대상) 시설 입소 장애인, 유사사업을 지원받고 있는 장애인
 - 대소변흡수용품을 본인이 구매하고 있는 장애인은 지원 가능
- 선정기준 : 일상생활동작검사서(수정바텔지수 등) 중 7.배변 8.배뇨조절 점수 2점 이하

<수정바텔지수(Modified Barthel Index / MBI,K-MBI)>

- 대변조절, 소변조절 항목 모두 0점 또는 2점에 해당하는 경우

검사지	항목	수행불가 (Unable to perform task)	상당한도움필요 (Substantial help required)	비고
MBI K-MBI	7. 대변조절 Bowel Control	0	2	0~2점 해당
	8. 소변조절 Bladder Control	0	2	

<독립기능평가(Functional Independence Measure / FIM)>

- 소변가리기, 대변가리기 항목 모두 1점 또는 2점에 해당하는 경우

검사지	항목	완전보조 (Total Assistance)	최대보조 (Maximal Assistance)	비고
FIM(영어)	G. 소변가리기 Bladder Management	1	2	1~2점 해당
	H. 대변가리기 Bowel Management	1	2	

【 기존 자료 확인(읍·면·동 행복e음)으로 구비서류 제출 제외 가능 】

- ▶ 장애인활동지원 대상자 중 국민연금공단의 서비스 지원 종합조사표 : 해당 항목 점수 확인
 - 성인용 조사표-기능제한(X₁) 배변 36점과 배뇨24점
 - 아동용 조사표-기능제한(X₁) 화장실사용하기 42점
- ▶ 장애인연금 수급자 중 국민연금공단(또는 보건소)의 중증 외상장애 확인서
 - 배변·배뇨 항목 기저귀나 흡수용 패드의 사용이 항상 또는 자주 필요한 수행능력 확인

2 신청방법

- 신청기간 : 2026. 1월 ~ 계속
- 신청장소 : 장애인의 주민등록상 주소지 읍면동 행정복지센터
- 신청방법 : 본인 또는 대리인 방문 신청
 - 신청인 가족이나 친족 및 그 밖의 관계인(대리인의 신분증, 가족관계증명서류 등 확인)
 - 주소지가 다른 가족이나 친족도 대리 신청 가능
 - 신청 장애인을 사실상 보호하고 있는 사람(관계기관 종사자, 민법상 후견인, 장애인 활동지원사 등)
- 제출서류
 - <서식 1,2> 신청서(개인정보제공동의서 포함) 1부
 - 복지카드(미제출시 행복e음을 통해 장애유형 및 장애정도 확인)
 - 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서 1부('25.1.1. 이후 발급된 진단서)
 - 일상생활동작검사서의 수정바델지수 등 배변조절과 배뇨조절 점수가 모두 2점 이하
 - 저연령 등 불가피한 사정으로 일상생활동작검사가 곤란한 경우 진단서에 '수정바델지수 등에 따른 배변조절과 배뇨조절 점수가 모두 0-2점' 이라는 객관적 소견이 있으면 검사서 제출 면제 가능
 - 신청일이 속하는 달로부터 3개월 이내 제출 가능(단, 3개월 이내 미제출시 지원불가)
 - 구입비용을 지원받을 본인 명의 계좌 통장 사본 1부
 - 단, 미성년자 및 불가피한 사유(압류방지 통장만 소유 등)로 통장발급이 어려울 경우 가족이나 친족 및 그 밖의 관계인 명의 통장 가능
 - ※ 동거가족 또는 직계가족이 아닌 친족이나 기타 관계인 명의 통장 사용시 최대 1년마다 <서식 7> 대리수령 신청서(제3자 계좌 지급 동의서) 제출
 - 기존 등록된 복지급여계좌를 사용할 경우 통장 사본 제출 불필요
 - **지급 가능한 본인 또는 대리인 명의 통장이 있어야 지원 가능**
 - <서식 3> 위임장 및 대리인 신분증(확인 및 사본 첨부)
 - 대리인 관계 증명 서류(행정정보공동이용 등을 통해 확인 가능할 경우 제출 불필요)
- (읍면동) 신청서류 확인 접수 후 시군 제출
- (시군) 신청서류 확인 후 대상자 선정 및 결과 통지(서면)

3 비용지원

- 지원금액 : 대소변흡수용품 구입비용의 50% 지원(매월 5만원 한도)
 - 기저귀, 흡수용패드 등 여러 종류의 품목 동시 구입가능하며, 구입총액의 50% 지원
 - 분기별 총 구매액의 50% 지원이 아님에 유의(월별 50% 지원)
 - 예) 4월 10만원, 5월 15만원, 6월 10만원 구입시 = 15만원 지원

- 예) 4월 8만원, 5월 10만원, 6월 15만원 구입시 = 14만원 지원

○ 신청방법 : 대소변흡수용품 구매목록이 기재된 영수증을 <서식 5>에 맞게 작성하여 주소지 읍면동 행정복지센터(시군)로 분기별 신청일까지 제출

- 품목, 단가, 구매액 확인 가능한 영수증 원본제출 필요 / 간이영수증 불가(구매액 증빙자료 추가시 가능)
- 영수증으로 품목, 단가 확인 불가시 거래명세서, 견적서, 주문내역서 화면 등 품목, 단가 확인 가능한 증빙자료 제출
- 간이영수증(품목, 단가 기재) 제출시 송금확인증(현금 구매 불가), 사업자등록증, 거래처 통장사본 제출
- 할인쿠폰 등 적용 후 구입영수증에 표기된 결제금액 기준으로 지원

○ 신청 및 지급시기

- 신청 및 지급시기는 시군 여건에 따라 변경가능 / 단 분기별 지급원칙 유지

구입 시기	신청시기(대상자 → 읍면동)	지급시기
1분기(1월~3월)	3월 31일까지	4월 20일
2분기(4월~6월)	6월 30일까지	7월 20일
3분기(7월~9월)	9월 30일까지	10월 20일
4분기(10월~12월18일)	12월 18일까지	12월 31일 이전

○ 지급방법 : 신청시 제출한 계좌로 입금

- 시군에서는 지급전 장애등록유지·전출·사망·연령·시설입소 여부 등 확인
- 계좌 변경시 <서식 6> 계좌변경 신청서 제출

○ 지급개시 및 지급종료

- 신청일이 속하는 달부터 지원하되, 분기별 신청기한 경과시 해당 분기 미지급
예) 신청일이 5월일 경우 2분기는 5,6월분 지급하되, 2분기 제출기한 초과시 해당 분기 미지급
- 예산부족으로 4분기 지급일에 지급이 불가한 경우 다음연도에 소급 지급 가능
- 진단서 지연제출자는 진단서 제출 이후 도래하는 지급일에 소급 지급
예) 4월 신청, 7월 진단서 제출시 10월까지 영수증을 제출하고, 3분기 지급일에 4-9월분 소급 지급
- 만65세가 도래한 경우, 만65세가 도래한 날이 속하는 달까지 발행된 영수증 인정
- 25개월이 도래한 날이 속하는 달부터 발행된 영수증 인정
- 사망자의 경우 사망전일까지 발행된 영수증 인정
- 경기도 내 사업시행 시군간 전출입의 경우 지원자격 유지, 전입지 시군에서 해당 분기 전체 지급
예) 5월 전입시 전입지 시군에서 2분기 지급일에 4-6월분 지급
※ 전출 시군에서는 전입 시군으로 신청서 등 자료 송부
- 경기도 외로 전출시 전출일 전일까지 발행된 영수증 인정 지급

○ 부정수급 관리

- 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
- 기타 그 밖의 부정한 방법으로 지원을 받은 경우

○ 조치사항

- 중복 또는 과오지급 방지를 위해 분기별 확인 후, 지원중단 및 부적정하게 지급받은 금액 환수

붙임1-1

‘대소변 흡수용 보조기기’ 품목

○ 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」

구 분	지원가능	지원불가
대소변 흡수용품	<ul style="list-style-type: none"> • ‘1 09 30 대소변 흡수용 보조기기’ 하위품목 및 기능과 형태에 있어 유사한 성격의 품목 - 주로 신체부위에 밀착하여 사용하는 기저귀, 흡수용 패드, 깔개매트, 매트리스 방수커버 등 - 사용횟수(일회용/재사용), 크기(성인용/유아용) 무관 	<ul style="list-style-type: none"> • ‘1 09 30 대소변 흡수용 보조기기’ 를 제외한 품목 - 1 09 24 소변 처리기기, 1 09 27 대소변 수집용 보조기기 등 기구나 장치 성격의 품목* - 생리대, 물티슈, 화장지 등과 같이 대소변 처리에 직접적으로 사용되지 않는 위생 용품





* 「저소득장애인 보조기기 지원(자체/지원)」을 통해 가구소득기준 중위소득 80% 이하인 장애인에게 구입 본인부담금 연간 150만원 이내(1개 품목 한정) 지원가능

※ 단, 저소득층(기초·차상위) 장애인(지체, 뇌병변, 심장, 호흡기에 한함)은 소변수집장치(1 09 27 18) 품목을 장애인 보조기기 지원(국비/지원)으로 지원 가능하나 도 자체 보조기기지원사업과 중복 신청 불가



※ 장애인 대소변흡수용품 구입지원 사업과 국비 및 도 자체 보조기기 교부 지원 사업은 중복 지원 가능



「보조기기 품목분류 등에 관한 고시」 [별표1] 보조기기 품목 분류체계
 [시행 2024. 1. 1.] [보건복지부고시 제2023-257호, 2023. 12. 22., 일부개정.]




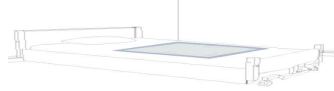
- 1 09 30 **대소변 흡수용 보조기기 (Absorbing products to contain urine and faeces)**
 방광으로부터 소변과 직장으로부터 대변을 흡수하고 배출하는데 사용되는 장치
- 1 09 30 12 **소아용 일회용 요실금 보조기기 (Pads insert type for children, single-use)**
 밀착형 속옷이나 신축성 있는 망사 팬티에 의해 제자리에 고정되는 아동용 흡수형 패드 라이너 또는 실드라고도 함
- 1 09 30 13 **고정기능이 있는 소아용 일회용 요실금 제품 (Products for children with fastener system, single-use)**
 고정장치 시스템을 추가하지 않고도 신체에 고정할 수 있는 파스너 시스템이 장치된 아동용 흡수형 요실금 용품으로, 일반적으로 다리 개구부 또는 자가접착테이프 주위에 탄성이 있고 속옷과 비슷한 일회용 패드
- 1 09 30 14 **소아용 일회용 요실금 속옷 (Products for children resembling underwear, single-use)**
 일반 속옷과 비슷하게 설계된 아동용 흡수형 요실금 용품
- 1 09 30 15 **소아용 세탁용 흡수성 요실금 제품 (Absorbent products for children, washable)**
 세탁 가능한 아동용 흡수형 요실금 용품으로, 삽입형 패드, 파스너 시스템이 있는 패드, 속옷형 패드, 등받이 부분이 없는 패드 등 다양한 디자인을 사용할 수 있음
- 1 09 30 18 **일회용 삽입형 요실금 제품 (Products insert type, single-use)**
 신축성 있는 망사 팬티, 기타 밀착형 속옷, 파스너 시스템이 있는 일회용 패드, 또는 속옷형 일회용 패드에 의해 제자리에 고정되는 흡수형 요실금 패드 라이너 또는 실드라고도 함
- 1 09 30 21 **성인용 일회용 기저귀 (Products with fastener system, single-use)**
 몸에 고정할 수 있는 파스너 시스템이 있는 흡수형 요실금 용품으로, 일반적으로 올인원에는 다리 개구부 및 자가접착테이프 주위에 탄성이 있음; 올인원, 기저귀, 팬티라고도 함
- 1 09 30 24 **일회용 요실금 속옷 (Products resembling underwear, single-use)**
 남성이나 여성 사용자용 또는 남녀 공용으로 일반 속옷과 비슷하게 설계된 흡수형 요실금 용품
- 1 09 30 25 **벨트형 고정장치 시스템이 포함된 일회용 요실금 제품 (Products with belt as fastener system, single-use)**
 제품 본체 내에 흡수중심부가 장착되고 재조정할 수 있는 허리 벨트가 장치된 흡수형 요실금 용품으로, 벨트는 특히 서 있는 자세에서 패드 착용에 유용하도록 고안됨
- 1 09 30 26 **접착띠가 있는 일회용 소변 흡수용 패드 (Pads to contain urine, with adhesive strip, single use)**
 성별에 따라 특정한 형태로 고안되어 소량의 소변을 흡수하기 위한 속옷형 패드로, 요도는 덮지만 항문 부위를 덮지 않고(소변은 흡수하고 대변은 흡수하지 않음), 일반 속옷에 배치되어 접착띠로 제자리에 고정됨
- 1 09 30 27 **남성용 일회용 소변 주머니(Pouches for male to contain urine, single-use)**
 음경과 음낭을 포함하도록 주머니형으로 고안된 남성용 흡수형 요실금패드 실드, 가드, 또는 리브스라고도 함
- 1 09 30 28 **성형된 남성용 일회용 소변 흡수용 패드 (Pads for male to contain urine, with preformed shape, single use)**
 음경과 음낭을 둘러싸지 않고 그 위에 놓도록 고안된 남성용 흡수형 요실금 패드
- 1 09 30 30 **방수기능이 없는 일회용 요실금 패드 (Pads without waterproof backing, single-use)**
 뒷판의 방수기능이나 일체형 고정장치 시스템이 없이 방수용 안감이나 다른 흡수용 제품을 넣고 별도의 파스너 시스템을 사용하여 제자리에 고정되는 흡수형 요실금 패드
- 1 09 30 33 **일회용 대변실금 패드 (Pads to contain faeces, single-use)**
 대변 수집을 위한 흡수형 실금 패드
- 1 09 30 36 **세탁용 흡수형 요실금 제품 (Absorbent products, washable)**
 세탁 가능한 흡수형 요실금 용품으로, 삽입형 패드, 파스너 시스템이 있는 패드, 또는 속옷형 일회용 패드와 같이 제품 유형이 다양한 디자인이 있음
- 1 09 30 39 **요실금 패드 고정용 재사용 속옷 (Fixation underwear to hold absorbent pads in place, reusable)**
 일회용 또는 재사용을 위해 세탁할 수 있는 제품 세탁형 보조기기, 일회용 보조기기가 포함됨
- 1 09 30 42 **의자 및 침대 오염방지를 위한 일회용 비착용형 패드 (Underpads for non-body-worn use to protect chair or bedding, single use)**
 일회용 위생 패드가 포함됨
- 1 09 30 45 **의자 및 침대 오염방지를 위한 세탁용 비착용형 패드 (Underpads for non-body-worn use to protect chair or bedding, washable)**
 세탁이 가능한 위생 패드가 포함됨

품 목 명	소아용 일회용 요실금 보조기기	품 목 명	고정기능이 있는 소아용 일회용 요실금 제품
고시번호	1 09 30 12	고시번호	1 09 30 13
			
<p>꼭 맞는 속옷이나 신축성 망사 팬티에 의해 제자리에 고정되는 아동용으로 특별히 고안된 흡수 패드, 라이너 또는 실드라고도 함</p>		<p>고정장치 시스템을 추가하지 않고도 신체에 고정할 수 있는 파스너 시스템이 장치된 아동용 흡수형 요실금 용품으로, 일반적으로 다리 개구부 또는 자가접착테이프 주위에 탄성이 있고 속옷과 비슷한 일회용 패드</p>	
품 목 명	소아용 일회용 요실금 속옷	품 목 명	소아용 세탁용 흡수성 요실금 제품
고시번호	1 09 30 14	고시번호	1 09 30 15
			
<p>일반 속옷과 비슷하게 설계된 아동용 흡수형 요실금 용품</p>		<p>세탁 가능한 아동용 흡수형 요실금 용품으로, 삼입형 패드, 파스너 시스템이 있는 패드, 속옷형 패드, 등받이 부분이 없는 패드 등 다양한 디자인을 사용할 수 있음</p>	

품 목 명	일회용 삼입형 요실금 제품	품 목 명	성인용 일회용 기저귀
고시번호	1 09 30 18	고시번호	1 09 30 21
			
<p>신축성 있는 망사 팬티, 기타 밀착형 속옷, 파스너 시스템이 있는 일회용 패드, 또는 속옷형 일회용 패드에 의해 제자리에 고정되는 흡수형 요실금 패드 라이너 또는 실드라고도 함</p>		<p>몸에 고정할 수 있는 파스너 시스템이 있는 흡수형 요실금 용품으로, 일반적으로 올인원에는 다리 개구부 및 자가접착테이프 주위에 탄성이 있음; 올인원, 기저귀, 팬티라고도 함</p>	
품 목 명	일회용 요실금 속옷	품 목 명	벨트형 고정장치 시스템이 포함된 일회용 요실금 제품
고시번호	1 09 30 24	고시번호	1 09 30 25
			
<p>남성이나 여성 사용자용 또는 남녀 공용으로 일반 속옷과 비슷하게 설계된 흡수형 요실금 용품</p>		<p>제품 본체 내에 흡수중심부가 장착되고 재조정할 수 있는 허리 벨트가 장치된 흡수형 요실금 용품으로, 벨트는 특히 서 있는 자세에서 패드 착용에 유용하도록 고안됨</p>	

품 목 명	접착띠가 있는 일회용 소변 흡수용 패드	품 목 명	남성용 일회용 소변 주머니
고시번호	1 09 30 26	고시번호	1 09 30 27
			
<p>성별에 따라 특정한 형태로 고안되어 소량의 소변을 흡수하기 위한 속옷형 패드로, 요도는 덮지만 항문 부위를 덮지 않고(소변은 흡수하고 대변은 흡수하지 않음), 일반 속옷에 배치되어 접착띠로 제자리에 고정됨</p>		<p>음경과 음낭을 포함하도록 주머니형으로 고안된 남성용 흡수형 요실금패드 실드, 가드, 또는 리브스라고도 함</p>	

품 목 명	성형된 남성용 일회용 소변 흡수용 패드	품 목 명	방수기능이 없는 일회용 요실금 패드
고시번호	1 09 30 28	고시번호	1 09 30 30
			
음경과 음낭을 둘러싸지 않고 그 위에 놓도록 고안된 남성용 흡수형 요실금 패드		뒷판의 방수기능이나 일체형 고정장치 시스템이 없이 방수용 안감이나 다른 흡수용 제품을 넣고 별도의 파스너 시스템을 사용하여 제자리에 고정되는 흡수형 요실금 패드	

품 목 명	일회용 대변실금 패드	품 목 명	세탁용 흡수형 요실금 제품
고시번호	1 09 30 33	고시번호	1 09 30 36
			
대변 수집을 위한 흡수형 실금 패드		세탁 가능한 흡수형 요실금 용품으로, 삼입형 패드, 파스너 시스템이 있는 패드, 또는 속옷형 일회용 패드와 같이 제품 유형이 다양한 디자인이 있음	
품 목 명	요실금 패드 고정용 재사용 속옷	품 목 명	의자 및 침대 오염방지를 위한 일회용 비착용형 패드
고시번호	1 09 30 39	고시번호	1 09 30 42
			
일회용 또는 재사용을 위해 세탁할 수 있는 제품 세탁형 보조기기, 일회용 보조기기가 포함됨		일회용 위생 패드가 포함됨	

품 목 명	의자 및 침대 오염방지를 위한 세탁용 비착용형 패드
고시번호	1 09 30 45
	
세탁이 가능한 위생 패드가 포함됨	

서식 1

장애인 대소변흡수용품 구입 지원 신청(변경)서

(앞면)

접수번호 00시·군 - 25 - 000

장애인 대소변흡수용품 구입 지원 신청(변경)서							
신청인	이름	성별	생년월일	(만 세) * 신청일 기준 연령작성	전화번호		
	장애유형		주장애 :	부장애 :	장애정도	<input type="checkbox"/> 심한장애	
	주소	*주민등록등본과 동일한 주소 기입				휴대전화	
					이메일		
대리인	성명	주민등록번호		신청인과의 관계	전화번호		
	주소					휴대전화	
						이메일	
구입비용 지원계좌 <small>*제출한 통장사본과 동일해야함.</small>	예금주	은행명		계좌번호			
	예금주와의 관계						
< 유의 사항 >							확인(√ 체크)
1. 신청자는 자격기준을 확인하여 지원대상자로 선정되고, 예산소진으로 인하여 지원대상자로 선정되지 않을 수 있습니다. 병원진료 지연 등을 감안하여 신청일이 속하는 달로부터 3개월까지 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서 제출 유예 가능하나, 3개월 이내 미제출시 지원불가							<input type="checkbox"/>
2. 대상자로 선정된 경우 신청한 달부터 지원이 가능하며, 65세 도래·사망·전출·장애등록 취소·사업종료 등의 사유로 중지될 수 있습니다.							<input type="checkbox"/>
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 않을 수 있습니다.							<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 대소변흡수용품을 타인에게 재판매하는 경우 등							<input type="checkbox"/>
제출서류. ① 신청서 ② 일상생활동작검사결과서가 첨부된 진단서(25. 1. 1. 이후 발행분) ③ 복지카드사본 ④ 본인통장 사본(미성년자 또는 불가피할 경우 동거 또는 직계가족 명의)※친족이나 기타 관계인 명의의 사용시 대리수령 신청서 추가 제출 ⑤ 위임장 및 대리인 증명 서류(대리인 신청시)							<input type="checkbox"/>
본인(대리신청인 포함)은 위의 사항에 대하여 안내받았음을 확인하며 「장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 을 신청합니다.							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 년 월 일 (서명 또는 인) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 신청인(대리 신청인) 성명 : (대리 신청의 경우) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 신청인과의 관계 : </div>							
00시장·군수 귀하							

210mm×297mm(일반용지 60g/m²(재활용품))

장애인 대소변흡수용품 구입 지원 신청 위임장

위임 받는자	성명		생년월일	
	주소			
	위임사유		위임자와의 관계	
	전화번호	(휴대전화번호:)		
위임자	성명		생년월일	
	주소			
	전화번호	(휴대전화번호:)		
본인은 「장애인 대소변흡수용품 구입 지원」 신청 및 변경 등을 위 사람에게 위임합니다. <div style="text-align: right;">년 월 일</div> <div style="text-align: center;"> 위임인(본인) : (서명 또는 인) 위임인 본인 확인 연락처 : </div>				
00시장·군수 귀하				
구비 서류	1. 위임자 신분증 2. 위임 받는자 신분증 3. 위임자와의 관계 증명 서류(행정정보공동이용 등을 통해 확인 가능할 경우 제출 불필요)			
유의사항				
※유의사항 1. 위임을 받는자 및 위임자가 제출하는 신분증은(주민등록증, 자동차운전면허증, 여권, 장애인등록증 중) 하나를 선택하여 제출합니다. 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. 3. 본인의 서명 또는 도장을 날인하여 신청하여야 합니다.				

서식 4

장애인 대소변흡수용품 구입 지원 통지서

관리번호 00시·군 - 25 - 000

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				
신청여부	<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 미선정				
지원개시일	년 월 일				
영수증 제출 및 비용지급 일정	구입 시기	대상자 → 읍면동		지급시기	
	1월~3월	3월 31일까지		4월 20일	
	4월~6월	6월 30일까지		7월 20일	
	7월~9월	9월 30일까지		10월 20일	
	10월~12월18일	12월 18일까지		12월 31일 이전	
< 유 의 사 항 >					
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					
2. 대상자로 선정된 경우 신청한 달부터 지원이 가능하며, 65세 도래·사망·전출·장애등록 취소·사업종료 등의 사유로 중지될 수 있습니다.					
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 않을 수 있습니다.					
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					
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					
귀하가 신청한 장애인 대소변흡수용품 구입 지원에 대하여 지원대상자로 <input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 미선정 되었음을 알려드립니다.					
년 월 일					
0000부서 00팀 000 (문의전화)					
00시장·군수					

210mm×297mm(일반용지 60g/m²(재활용품))

※ 통지서가 아닌 공문으로 대체 가능

서식 5**분기별 영수증 제출 서식****장애인 대소변흡수용품 구입 지원 영수증 제출**

신청자	성명(생년월일)		
사용금액	00월	00월	00월
	00원	00원	00원
영수증 붙임			
※품목, 단가, 구매액 확인 가능한 영수증 원본제출 필요 / 간이영수증 불가(구매액 증빙자료 추가시 가능)			

서식 7

대리수령 신청서(제3자 계좌 지급 동의서)

대리수령 신청서(제3자계좌 지급 동의서)				
신청인 (대상자)	성명		생년월일	
	주소			
	전화번호	(휴대전화번호:)		
대리수령인	성명		생년월일	
	전화번호		대상자와의 관계	
	은행명		계좌번호	
신청사유	<input type="checkbox"/> 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견개시 심판이 확정된 경우 <input type="checkbox"/> 채무불이행으로 금전채권이 압류된 경우 <input type="checkbox"/> 압류방지 전용통장만 소지한 경우 <input type="checkbox"/> 기타()			
대리수령 기간	년 월부터 년 월까지 * 본인계좌로 수령 가능하게 된 경우에는 계좌변경 신청을 하여야 하며, 계좌 미변경으로 발생하는 문제에 대해서는 신청인(대상자) 본인에게 책임이 있음			
위와 같이 「경기도 장애인 대소변흡수용품 구입 지원사업 지원금」의 대리수령 및 개인정보 수집·이용에 동의합니다.				
항목	수집·이용 목적		보유이용기간	
성명,생년월일,연락처, 주소,은행명,계좌번호	장애인 대소변흡수용품 구입비 지원금을 대리수령인에게 지급 및 지급오류 시 환수		대리수령 해지 또는 수급자격 종료 후 5년	
신 청 인 : (서명 또는 인) 대리수령인 : (서명 또는 인) 년 월 일 00시장·군수 귀하				
구비서류	1. 대리수령인의 통장사본 1부 2. 신청인 및 대리수령인의 신분증			
유의사항				
1. 신청인의 서명 또는 날인은 본인이 직접하여야 하며, 타인이 이를 위조하는 경우 「형법」 제 239조에 따라 처벌될 수 있습니다. 2. 해당 지원금은 장애인 대소변흡수용품 구입비 지원을 위해 지급하는 것으로, 제3자 부당편취 등 대상자에게 지급하는 것이 적절하지 않은 경우 「공공재정 부정청구 금지 및 부정이익 환수 등에 관한 법률」 등에 의거 환수조치 될 수 있습니다.				