

# 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

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

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

가족사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 전산관리번호)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)

※ 배우자 관계 (  법률혼  사실혼  사실상 이혼 )

본인부담금 환급계좌 <sup>1)</sup>	지원대상자와의 관계	성명	금융기관명	계좌번호	예금주	비고(사유)
-----------------------------	------------	----	-------	------	-----	--------

제출처		사회보장급여 내용					
이민동 주민센터	[ <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 방과후 [ <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 방과후 [ <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 방과후 [ <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. * 동일보장기구의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 디딤씨앗계좌(DCA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재						
	[ <input type="checkbox"/> ]가사간병방문지원	지원대상자	신청조건(1개 선택)				
			서비스시간				
			[ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심한 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 중증질환자 [ <input type="checkbox"/> ] 희귀난치성질환자 [ <input type="checkbox"/> ] 소년소녀가정 [ <input type="checkbox"/> ] 월 24시간 [ <input type="checkbox"/> ] 조손가정 [ <input type="checkbox"/> ] 한부모가정(법정보호세대) [ <input type="checkbox"/> ] 기타 시군구청장이 인정하는 자 [ <input type="checkbox"/> ] 월 27시간 [ <input type="checkbox"/> ] 장기입원 사례관리 퇴원자 [ <input type="checkbox"/> ] 월 40시간				
	[ <input type="checkbox"/> ] 장애아동 가족지원	지원대상자	장애 유형	[ <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"/> ] 미등록 (9세 미만)			
		발달장애 서비스	장애 정도	[ <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"/> ] 발달장애인 지원	언어발달 지원 (비장애아동)	지원대상자	필요서비스 (중복 체크가능) [ <input type="checkbox"/> ] 언어발달진단 [ <input type="checkbox"/> ] 언어재활 [ <input type="checkbox"/> ] 기타 ( )				
	발달장애인 부모 상담 지원	장애 유형 및 정도	장애 유형	[ <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"/> ] 발달장애인 지원	발달장애인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계 [ <input type="checkbox"/> ] 부 [ <input type="checkbox"/> ] 모 [ <input type="checkbox"/> ] 기타( )				
		장애 유형 및 정도	장애 유형	[ <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			
	주간활동 및 방과후 활동 지원	장애 유형 및 정도	장애 유형	[ <input type="checkbox"/> ] 지적장애 [ <input type="checkbox"/> ] 자폐성장애 장애 정도 [ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심한 장애인 [ <input type="checkbox"/> ] 장애정도가 심하지 않은 장애인			
	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		
[ ] 일상돌봄 서비스	지원대상자				
	신청요건 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 돌봄 필요 청년·중장년 <input type="checkbox"/> 가족돌봄청년 <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자			
	지원 유형	서비스 유형 (중복체크 가능)	서비스명		
		<input type="checkbox"/> 기본서비스 <input type="checkbox"/> 특화서비스			
※ 기본서비스 유형별 특화서비스 이용가능 개수 : 1개(A형), 2개(B형), 선택 불가(C형) ※ 기본서비스 미이용시 특화서비스 이용가능 개수: 2개(D형)					
[ ] 긴급돌봄지원	지원대상자				
	지원 유형 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 기본돌봄 서비스 <input type="checkbox"/> 방문목욕 서비스			
	신청 사유 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 갑작스러운 질병·부상 등으로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 주 돌봄자의 갑작스러운 부재로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 타 돌봄서비스 신청 후 대기 중인 경우 <input type="checkbox"/> 재난피해로 일시적 지원이 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 기타 예외적으로 필요한 경우			
[ ] 여성청소년 생리용품 지원	지원대상자	지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능		
	지원대상자				
[ ] 장애인활동지원	지원대상자				
	긴급활동지원	<input type="checkbox"/> 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)			
	활동지원급여	신청유형	<input type="checkbox"/> 신규신청 [ ] 변경신청 [ ] 갱신신청 [ ] 노인장기요양전환자 지원		
		변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 장애상태의 변화 <input type="checkbox"/> 직장생활 <input type="checkbox"/> 독거(1인)가구 (19세 이상) <input type="checkbox"/> 나머지 가족의 사회생활 <input type="checkbox"/> 한부모가정 (19세 미만)	<input type="checkbox"/> 학교생활 <input type="checkbox"/> 취약가구 <input type="checkbox"/> 거주지 이전 <input type="checkbox"/> 조손가정 (19세 미만) <input type="checkbox"/> 기타	
특별지원급여	<input type="checkbox"/> 출산 [ ] 자립준비 [ ] 보호자일시부재([ ] 결혼 [ ] 사망 [ ] 출산 [ ] 입원 [ ] 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)				
[ ] 첫만남이용권	지원대상자	출생정보	<input type="checkbox"/> 국외출생 <input type="checkbox"/> 복수국적	출생순위	<input type="checkbox"/> 첫째아 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상
	지급방식	<input type="checkbox"/> 바우처(원칙) [ ] 현금(시설보호 아동 등) [ ] 현금(보호자명의 계좌)			
	카드정보 (국민행복카드)	보호자(카드 보유자) <input type="checkbox"/> 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 카드사를 선택합니다.			
[ ] 정신건강 심리 상담 바우처사업	지원대상자				
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 1급 유형 [ ] 2급 유형			
	의뢰경로 (1개 선택)	기관에서 심리상담 필요성 인정	<input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 [ ] 대학교상담센터 <input type="checkbox"/> 청소년상담복지센터 [ ] Wee센터/Wee클래스 <input type="checkbox"/> 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관 <input type="checkbox"/> 정신의료기관 [ ] 기타 기관		
그 외		<input type="checkbox"/> 국가 건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중강 정도 이상 우울 확인 <input type="checkbox"/> 자립준비청년 및 보호연장아동 [ ] 재난피해자			
보 건 소	지원대상자	출산(예정)일	년 월 일		
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 단태아([ ] 첫째아 [ ] 둘째아 [ ] 셋째아 이상), <input type="checkbox"/> 쌍태아 / 장애정도가 심한 산모+단태아([ ] 인력1명 [ ] 인력2명) <input type="checkbox"/> 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍태아([ ] 인력2명 [ ] 인력3명) <input type="checkbox"/> 사태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+삼태아 이상([ ] 인력2명 [ ] 인력4명)			
	신청요건	기본 지원대상	<input type="checkbox"/> 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) <input type="checkbox"/> 소득기준 이하		
		예외 지원 대상 (해당자만)	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환 산모 [ ] 장애인 산모 및 장애 신생아 <input type="checkbox"/> 쌍생아 이상 출산가정 [ ] 셋째아 이상 출산가정 [ ] 새터민 산모 <input type="checkbox"/> 결혼이민 가정 [ ] 미혼모 산모 [ ] 둘째아 이상 출산 산모 <input type="checkbox"/> 분만 취약지 산모 [ ] 미숙아 출산 산모 [ ] 기타(소득기준 완화 등)		
	서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 [ ] 기타			
보건소·주민센터	지원대상자				
	지원 유형 (중복 체크 가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)		
		예외지원대상 (지자체 자체 사업)	<input type="checkbox"/> 기저귀([ ] 국기초 [ ] 차상위 [ ] 한부모 [ ] 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유([ ] 산모의 사망·질병 [ ] 아동복지시설 등 아동 [ ] 기타)		

개인정보 수집 및 활용 동의 확인 (√ 체크)

1. 수집·이용에 관한 사항

□ 개인정보 활용 목적

동 신청서를 접수한 **보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.**

□ 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(기초생활보장과 초중고 교육비지원은 본인, 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자 정보, 영유아 및 한부모 가족은 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 노인 및 장애인은 본인 및 배우자 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.**

□ 개인정보 보유 및 파기

같은 법 제34조에 따라 **5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음).** 그 기간이 경과하면 **파기함을 고지합니다.**

□ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 사회보장급여법 제7조제6항에 따라 급여 신청을 각하할 수 있습니다.

[ ]

유의 사항 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 **환수될 수 있으며**, 관계 법률에 따라 **형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.**
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

추가제출 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. 조제분류 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 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격 확인이 가능한 서류
7. 정신건강 심리상담 바우처사업 신청의 경우, 신청요건에 따라 아래의 서류
  - 정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, Wee센터/Wee 클래스 등의 기관에서 심리상담이 필요하다고 인정한 경우 : 기관에서 발급하는 의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급)
  - 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관을 통해 의뢰된 경우 : 「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 지침」의 별지 제4호 연계의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급)
  - 정신의료기관 등에서 심리상담이 필요하다고 인정한 경우 : 정신건강의학과 의사, 한방심경정신과 한의사가 발급하는 진단서 또는 소견서(신청일 기준 3개월 이내 발급)
  - 국가 정신건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울이 확인된 경우 : 일반 건강검진 결과통보서(신청일 기준 1년 이내 실시)
  - 자립준비청년 및 보호연장아동 : 자립준비청년은 보호종료확인서, 보호연장아동은 시설재원증명서 또는 가정위탁 보호확인서
  - 서비스 신청일로부터 5년 이내의 재난피해를 입은 본인 또는 재난피해로 사망한 자(실종자 포함)의 유가족 : 피해 사실확인서, 피해자인정결정서, 국가재난관리정보시스템을 통한 확인
8. 일상돌봄 서비스 신청의 경우, ①의사진단서, 소견서, 자립준비청년 보호종료확인서 등 대상자 또는 그 가족의 돌봄 필요성을 증빙할 수 있는 서류, ②돌봄 제공자 부재를 증빙할 수 있는 서류
9. 긴급돌봄 지원사업 신청의 경우, 의사진단서 및 소견서, 입원(퇴원)확인서, 주돌봄자의 사망신고서 등 긴급성을 증빙할 수 있는 서류

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

년 월 일

신청인(대리 신청인<sup>2)</sup>) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

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



### 사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서

안녕하십니까?

귀하가 신청하신 지역사회서비스투자사업 이용 시 유의사항 및 준수사항에 대해 아래와 같이 알려드립니다.

- 1. “사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률” 제15조 및 15조의2에 따른 이용자 준수사항을 준수하여야 합니다. 동 사항을 위반할 경우 행정처분(이용중단, 수량 및 제공기간 제한) 및 형사처벌(징역, 벌금)을 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.  
→ 1, 2호 위반시 동법 15조의2에 따른 이용 중단 혹은 1년 범위 내 이용권 수량 및 제공기간 제한과 동법 제38조에 따른 1년이하의 징역 또는 1,000만원 이하의 벌금을 받을 수 있음
- 3. 이용자 선정을 위하여 거짓이나 그밖에 부정한 방법을 사용하여서는 아니된다.
- 4. 제공인력의 인격을 존중하여야 하며, 폭행, 상해, 성적 수치심을 주는 성희롱 또는 성폭력에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
- 5. 제공인력에 대하여 제공하기로 한 사회서비스의 범위를 벗어나는 부당한 요구를 하여서는 아니 된다.
- 6. 시군구청장이 거짓이나 그 밖의 부당한 방법으로 사회서비스가 제공되었는지 여부를 조사하기 위하여 자료제출 및 질문·검사를 하는 경우 타당한 사유 없이 거부·방해·기피하거나 거짓 자료를 제출하여서는 아니된다.  
→ 3,4,5,6호 위반시 동법 15조의2에 따라 이용 중단 혹은 1년 범위 내 이용권 수량 및 제공기간 제한 가능
- 2. 회당결제 방식(예외, 장애인보조기기렌탈서비스)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)

[제5호 서식]

■ 사업운영 자체 서식 (적용 2018.1.1.)

사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

발급 대상자	대상자	성명(한글)	주민등록번호
	대리인	성명(한글)	생년월일 대상자와의 관계
	미성년자 발급동의서	① 징구 ② 미징구 ※ 만 14세 미만 아동은 법정대리인 동의 필요	

신청 구분	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급	재발급사유	<input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타
-------	--	-------	---

카드 수령지	수령인	<input type="checkbox"/> 발급대상자 <input type="checkbox"/> 보호자(가족 등)	대상자와의 관계 : ※ 수령자가 보호자인 경우 기재
		성명	생년월일 전화번호 -
	수령지	① 자택 ② 직장 ③ 읍·면·동주민센터 ※ 자택, 직장, 읍·면·동주민센터 중 희망 수령지를 체크하고 주소, 전화번호를 기재	
	자택	□□□□□	전화번호 -
	직장	□□□□□	전화번호

본인 부담금 환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호
	* 대상사업 : 노인돌봄종합서비스(방문·주간보호·장애인활동지원, 가사간병방문지원)		

년 월 일

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만14세미만 아동, 만75세이상 노인, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 사회서비스 전용 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 사회서비스 전용 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용할 수 있습니다.

## 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

개인정보 제공동의	국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))을 위하여 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까? - 제공항목 : 성명, 연락처(주택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명 - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음
--------------	--	------------------------------	----------------------------------

신청카드 (택1)	BC카드 <input type="checkbox"/> IBK기업 은행 <input type="checkbox"/> 경남은행 <input type="checkbox"/> 부산은행 <input type="checkbox"/> 제주은행 [ ] NH농 협 <input type="checkbox"/> 광주은행 <input type="checkbox"/> 수협은행 <input type="checkbox"/> 하나은행 <input type="checkbox"/> 대구은행 <input type="checkbox"/> 우리은행 <input type="checkbox"/> 우체국 신협	[ ] 롯데카드	[ ] 삼성카드	KB국민카드 [ ] KB국민카드 [ ] 전북은행	[ ] 신한카드
--------------	--	----------	----------	----------------------------------	----------

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년            월            일  
 신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

**특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장,**  
**국민행복카드 사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드, KB국민카드, 신한카드) 대표**    귀하

### 안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만 19세 이상

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 전자이용권(바우처) 사업은 국민행복카드를 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우에는 가까운 국민행복카드 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 카드사별 홈페이지 접속 또는 콜센터에 연락하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 카드사의 신용심사결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌압류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지는 않습니다.

[제6호 서식]

■ 사업운영 자체 서식 (적용 2016.11.30.)

사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서

카드발급 신청인 (지원대상자)	성명(한글)			
	주민등록번호			

법정대리인	성명(한글)			
	생년월일		연락처	-

상기 본인(법정대리인)은 카드 발급 신청인을 대리하여 국민행복카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인

(서명 또는 인)

한국사회보장정보원장 귀하

안내 및 유의사항

- 국민행복카드 발급 신청인이 만14세미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.