

# 임산부진료비플러스사업(임산·출산 진료비 지원) 신청서

(지원번호 : 2024 - )

임산부 성명	생년 월일	휴대폰 번호		
주소				
분만일 (분만예정일)	다태아 여부		<input type="checkbox"/> 단태아 <input type="checkbox"/> 다태아	
지급계좌 (은행명) 계좌번호) 예금주)	국민행복카드 지원 금액	2023	<input type="checkbox"/> 100만원 <input type="checkbox"/> 140만원	
		2024	<input type="checkbox"/> 100만원 <input type="checkbox"/> 200만원	
진료비 지원신청 내역	진료비 본인부담금 총액 [A]	지원 제외금액 [B] (국민행복카드지원금액+ 진료·검사비 외 금액)	지원 결정액 [A-B]	
	원	원	원	
유의사항	- 「고위험임산부 의료비지원사업」, 「난임부부 시술비 지원사업」을 통해 지원받은 의료비에 대해 중복신청한 경우 지급한 의료비를 환수 조치할 수 있음. - <b>허위내용 기재 시</b> , 지급대상에서 제외하고 지급된 의료비를 환수할 수 있음. - 지원금액은 지원범위에 해당되는 진료비 합산금액(지원제외항목 공제)에 대해 최대 20만원 이내로 산정되며, <b>임신 이후 1회에 한해 지원되므로 추가 신청이 불가함.</b>			
	고위험임산부 의료비지원 신청 여부 (보건소)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	유의사항 확인여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	1년 이내 난임 시술비 지원 여부 (보건소)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
1) 환수 등 사후조치에 대한 사전 동의 2) 실제 지원금액이 20만원이 안될 수 있음을 확인했으며 이에 동의함			동의자:	(서명)

위와 같이 임산부진료비플러스사업(임산·출산 진료비 지원)을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) 성명 : (서명 또는 인)  
(대리신청 시) 신청인의 관계 :

창원시진해보건소장 귀하.

첨부서류: ■(공통)본인 신분증, 산부인과 진료비 영수증, 산모명의 통장사본 1부, 초본 1부(과거주소변동기록 포함)

# 임산부진료비플러스사업 개인정보 수집·이용 동의서

임산부진료비플러스사업 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제16조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용하고자 합니다.  
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

◆ 제공받는 기관 및 사업 : 창원시(보건소)

◆ 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간
[필수] 성명, 생년월일, 주소, 휴대전화번호, 은행명, 계좌번호	대상자 선정 및 관리, 보건소통합정보시스템을 통한 지원현황 조사 또는 확인 시 활용, 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초 연구 자료로 활용, 타 지원사업과 연계 될 경우 활용	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.  
그러나 동의를 거부할 경우 지원금 자격확인이 되지 않아 지급 대상자 선정에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? [필수]    동의     미동의

◆ 민감정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간
분만(예정)일, 다태아여부, 치료와 관련된 의료비용	대상자 선정 및 관리, 보건소통합정보시스템을 통한 지원 현황 조사 또는 확인	5년

※ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.  
그러나 동의를 거부할 경우 지원금 지원자 대상자 확인을 할 수 없어 지급 대상자 선정에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까?    동의     미동의

◆ 기타고지사항

개인정보 보호법 제15조제1항제3호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보 수집·이용 목적	개인정보 항목	수집·이용 근거
대상자 선정 및 관리 지역 보건의로 정보시스템을 통한 신청 현황 조사	주민등록번호 외국인등록번호	지역보건법 제5조 및 동법 시행령 24조

20    년    월    일

본인    성명    (서명 또는 인)

대리인    성명    (서명 또는 인)

창원시 진해보건소장 귀하