

임산부 진료비 플러스사업 신청서

※지원번호 : 2024-

임산부 성명		생년월일		휴대폰 번호	010-	-		
현재 주소지	창원시							
분만일 (또는 유산사산일)	202			다태아 여부	<input checked="" type="checkbox"/> <small>√체크</small> <input type="checkbox"/> 단태아(100만원) <input type="checkbox"/> 다태아(140만원)			
지급계좌 (산모 명의)	은행명) 계좌번호) 예금주)		셋째아 이상 여부		<input type="checkbox"/> 해당 <input checked="" type="checkbox"/> <small>√체크</small> <input type="checkbox"/> 해당없음			
진료비지원 신청내역	진료비 본인부담금 총액[A]		지원제외금액[B] (국민행복카드지원금액+진료·검사비 외 금액)		지원 결정액[A-B] (최대 20만원)			
	원		원		원			
유의사항	- 고위험임산부의 경우, 「고위험임산부 의료비지원사업」을 통해 지원받은 의료비에 대해 중복신청한 경우 지급한 의료비를 환수 조치할 수 있음. - 허위내용 기재 시 , 지급대상에서 제외하고 지급된 의료비를 환수할 수 있음. - 지원금액은 국민행복카드 지원금액을 초과하여 발생한 진료비 중 지원제외항목 금액을 제외한 후 최대 20만원 이내로 결정되며, 임신 이후 1회에 한해 지원되므로 추가 신청이 불가함.							
	고위험임산부 의료비지원 신청 여부 (보건소)		<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> <small>√체크</small> <input type="checkbox"/> 아니오		유의사항 확인여부		<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> <small>√체크</small> <input type="checkbox"/> 아니오	
	환수 등 사후조치에 대한 사전 동의					이름: (서명)		

관계 서류를 첨부하여 상기와 같이 여성바우처 플러스사업(임신·출산 진료비 지원)을 신청합니다.

2024 년 월 일

신청인(대리인) 성명 : (서명 또는 인)

(대리신청 시) 신청인의 관계 :

생년월일:

전화번호:

진해보건소장 귀하

※ 뒷면 개인정보 동의서 작성

접수 일자		번호		결재	과장
처리과	보건행정과				담당

임산부 진료비 플러스사업 개인정보 동의서

임산부 진료비 플러스사업 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 창원시(보건소)
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 임산부 진료비 플러스사업 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
 - 임산부 진료비 플러스사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 임산부 진료비 플러스사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 지원대상자 본인 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 계좌번호, 치료와 관련된 의료비용 등
 - 지원 대상자를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 휴대폰번호
- 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
 - 주민등록등(초)본 조회·열람(주소, 세대원 수, 출생 여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 확인)
 - 임산부 진료비 플러스사업 신청, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 임산부 진료비 플러스사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보 수집 동의 거부
 - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원신청이 제한됩니다.

성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
(산모)	<input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
(배우자)	<input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/> 체크 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 “임산부 진료비 플러스사업 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

2024 년 월 일

동의자 성명	관계	동의 확인(서명)
(산모)		(인)
(배우자)		(인)
		(인)
		(인)
		(인)