

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

① : 성명(임산부)의 성명을 한글로 기재합니다.

② : 주민등록번호를 기재합니다.

③ : 본인명의 휴대전화가 있는 경우에 반드시 기재해야 됩니다.

휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.

④ ~ ⑨ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.

⑩ 반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.

- 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재
- 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재

⑪ 대리인이 신청한 경우에만 기재

(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등

⑫ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용 동의서'의 동의함(○)에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명'(대리인이 신청한 경우 대리인 포함)란 반드시 기재 요망

⑬ 우편송부처 : (04554) 서울특별시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 17층 사회복지정보원
청소년산모 바우처 사업 담당자



별지 서식

(서식 제1호)

(앞 쪽)

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서			
①성명 (임산부)		②주민등록번호	카드 구분
③연락처 (주택)		(핸드폰)	<input type="checkbox"/> 비씨카드 (은행)
④주소			<input type="checkbox"/> 롯데카드 <input type="checkbox"/> 삼성카드
※ 요양기관 확인란(임신확인서)			
<임신·출산>			
구분		날 짜	
임신	⑤ 임신 확인일	년 월 일	※ 초음파로 자궁 내 임신양이 관찰된 이후부터 기재 가능
	⑥ 분만 예정일	년 월 일	
출산 (출생)	⑦ 출산일 (출생일)	년 월 일	
<유산>			
구분		날 짜	
⑧ 유산 또는 자궁 외 임신 진단일		년 월 일	※ 가 또는 나 중 하나를 충족하는 경우 기재 가능 가 정상적으로 임신이 진행되지 않은 경우 중 혈청 β-hCG가 500mIU/mL 이상으로 측정된 적이 있는 경우 나 초음파 또는 혈청 β-hCG로 임신이 확인된 후 임신 중절을 위한 수술(개복수술, 복강경수술, 소파수 등) 또는 약물치료(Methotrexate 등)를 한 경우 ※ 인공임신중절수술은 신청 대상 아님
		년 월 일	
		년 월 일	
		년 월 일	
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함			
⑨ 요양기관명(기 호):		() (직인)	년 월 일
⑩ 담당의사(면허번호):		() (서명 또는 인)	
위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.			
⑪신청인(대리인) 성명:		(서명 또는 인)	
⑫신청인과의 관계:		(대리인이 신청하는 경우)	
보건복지부장관 귀하			
첨부서류	"신청인 제출서류" 참조	수수료 없음	
신청인의 범위	<input type="checkbox"/> 수급권자 본인 <input type="checkbox"/> 민법 제779조에 따른 가족		
신청인 제출서류	<input type="checkbox"/> 수급권자(임산부) 본인 신청시 제출서류 - "청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서"(이하 '임신확인서'라 한다) - 수급권자(임산부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 "주민등록등본" <input type="checkbox"/> 대리인 신청시 제출서류 - "청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서"(이하 '임신확인서'라 한다) - 수급권자(임산부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 "주민등록등본" - 대리인 신분증 사본, 대리권을 확인할 수 있는 위임장(서식 제3호 참조) - 임신부와의 가족관계를 입증할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서)		
결제 가능한 서비스 이용 기준	<input type="checkbox"/> 임신부가 임신 및 출산 관련 산부인과 진료로서 산전검사, 출산, 조산, 자연유산, 산후진료 등 <input type="checkbox"/> 출생일로부터 1년 이내 영유아의 요양기관 진료 및 처방에 의한 약제·치료재료 구입 <input type="checkbox"/> 한의원 또는 한방병원의 경우 임신오저(O21, 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신 중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후풍(U32.7) 진료에 한해 지원되며, 산후조리를 위한 협약(보약)은 결제 불가 <input type="checkbox"/> 불법 인공임신중절 시술비에는 사용 불가 <input type="checkbox"/> 이용범위를 벗어나 부정사용할 경우 환수 조치 및 서비스 대상자 자격 박탈		
※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.			

(뒤 쪽)

㉓개인정보 수집 및 이용 동의서

■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내

- 항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(면허번호), 국민행복카드 정보 (카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역
- 수집·이용 목적
 - 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
 - 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
 - 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템) 연계 업무
 - 그 외 국가바우처 운영관리시스템 운영 및 관리에 관한 업무
 - 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
 - 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

■ 개인정보 제3자 제공 안내

- 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화로 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
 - * 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거칩
- 온라인 신청 시 본인 인증을 위해 해당 통신사에 성명, 생년월일, 성별, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)
- 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

- 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다. 다만, 본 서식은 신청 접수일부 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- 개인정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음
- 제3자 제공에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음
- 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음

■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내

- 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

행정정보 공동이용 동의서

- 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·사회보장정보원 귀하

※ 임신부가 만 14세 미만인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 아래와 같이 추가적으로 필요함

법정대리인 : (서명 또는 인) 연락처 :

(서식 제2호)

(앞 쪽)

청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신청 변경신고서							
신청인 (임산부)	①성명	②주민등록번호					
③전화번호	자택 :	휴대전화(<input type="checkbox"/> SKT <input type="checkbox"/> LGU+ <input type="checkbox"/> KT)					
변경 사항							
확인 구분		변경 전			변경 후		
임신	임신확인일	년	월	일	년	월	일
	분만예정일	년	월	일	년	월	일
출산	출산일	년	월	일	년	월	일
유산 또는 자궁 외 임신 진단일		년	월	일	년	월	일
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함							
		년	월	일			
요양기관명(기 호):		()	(직인)	
담당의사(면허번호):		()	(서명 또는 인)	
위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비 신청내용을 변경 신고합니다.							
		년	월	일			
⑩신청인(대리인) 성명:		(서명 또는 인)					
⑪신청인과의 관계:		(대리인이 신청하는 경우)					
보건복지부장관 귀하							
구비서류: 수진자(임산부)와의 관계를 입증할 수 있는 서류(가족이 신청한 경우에 한합니다.) - 주민등록등본(또는 가족관계증명서 등)							
비고: 1. 변경사항 신고 시 임신확인서를 요양기관에서 먼저 확인 받은 후 신청 가능합니다. 2. 성명 개명, 주민등록번호 정정 등 단순 인적사항만 변경된 경우는 동 지원 신청 변경 신고대상이 아닙니다.							
※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.							

⑫ 개인정보 수집 및 이용 동의서

■ 개인정보 및 고유식별정보 활용 안내

- 항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 임신확인일, 분만예정일, 요양기관, 담당의사(연혁번호), 국민행복카드 정보 (카드사, 유효기간 등 이력 포함), 서비스 이용내역
- 수집·이용 목적
 - 청소년산모 임신출산 의료비 지원 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
 - 이용권(국민행복카드)의 생성 및 이용대금 정산 등에 관한 업무
 - 보육료 호환 결제를 위해 아이행복카드(보육통합정보시스템)와 연계 등 국가바우처 시스템 운영에 관한 업무
 - 허위·조과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 관한 업무
 - 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등

■ 개인정보 제3자 제공 안내

- 국민행복카드 제작 및 발송관련 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
 - * 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침
- 온라인신청 시 본인인증을 위해 해당 통신사에 성명, 성별, 생년월일, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 및 민감정보 : 주민등록번호, 임신출산정보 (신청서에 적힌 정보)
- 「개인정보보호법」 제15조 및 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조, 제24조의2에 따라 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 근거하여 해당 정보를 처리하고 있습니다.

■ 개인정보 보유 및 이용기간 안내

- 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다. 다만, 본 서식은 신청 접수일부 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

■ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- 개인정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음
- 제3자 제공에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음
- 고유식별정보 및 민감정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음

■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익 안내

- 위 내용은 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

행정정보 공동이용 동의서

- 이 건 업무처리와 관련하여 관계 행정기관의 장이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리인이 신청하는 경우)

보건복지부·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 ·사회보장정보원 귀하

※ 임신부가 만 14세 미만인 경우 반드시 법정대리인의 동의를 아래와 같이 추가적으로 필요함
법정대리인 : (서명 또는 인) 연락처 :

(서식 제3호)

위 입 장

위임인(위임하는 사람)

성 명 :

생 년 월 일 :

주 소 :

전 화 번 호 :

대리인(위임받는 사람)

성 명 :

생 년 월 일 :

주 소 :

전 화 번 호 :

위임인(신청인)과의 관계 :

위 위임인은 청소년산모 임신·출산 의료비 서비스 신청에 관련한 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

※ 「주민등록법」 제37조제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20 년 월 일

위 임 인 :

(서명 또는 인)