

[서식1] 35세 이상 임산부 의료비 지원 신청서

서울시 35세 이상 임산부 의료비 지원 신청서

* 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 아니하며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일자	처리기간	(신청 시 별도안내)		
지원 대상자	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)			
	주소 (주민등록주소지)	분만예정일			
	연락처 (핸드폰) (주택전화)	(전자메일)			
	은행명	계좌번호		예금주	
	※ 지급계좌는 임산부 명의 통장으로 신청해야합니다.				
신청인	성명			관계	
	연락처 (핸드폰) (주택전화)	(전자메일)			
후원여부	개인·단체 후원	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(내용: _____)	금액:	원
	기타	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(내용: _____)	금액:	원
의료비 신청 내역	임신확인일	진료(검사) 기간	신청 내용	청구금액(본인부담금) (공단부담금 제외)	
		년 월 일 ~ 년 월 일	검사 <input type="checkbox"/> 혈액검사 <input type="checkbox"/> 초음파검사 <input type="checkbox"/> 기타(_____)	원	
			진료 <input type="checkbox"/> 산부인과 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
		총 _____ 원 지원 신청	※ 1인당 최대 50만원을 초과하여 신청할 수 없음		
유의사항	<ul style="list-style-type: none"> - 허위내용으로 기재 시 지원대상에서 제외하고, 지급한 의료비 전액은 환수 조치함 - 의료비 지급 타법률 등에 의한 지원금, 후원금 등을 받은 경우, 1인당 지원금액이 초과되어 지급된 경우에는 반드시 관할 보건소에 관련 내용을 신고하여야 하고 지급한 의료비는 환수 조치함. 				
	유의사항 확인 여부	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	환수 등 사후 조치에 대한 사전동의	(서명)

위와 같이 서울시 35세 이상 임산부 의료비 지원 서비스를 신청합니다.

20 년 월 일

시장·군수·구청장 귀하

신청인(대리 신청인) 성명 :

(서명 또는 인)

- 첨부서류
- 진료비 영수증, 진료비 세부내역서, 임신확인서 각 1부
 - 산부인과외 타과 진료 시 의사 소견이 기재된 진료확인서 등 서류 제출 필수
 - 주민등록등본 1부 (전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 주민등록등본은 생략 가능)
 - 지원금 입금계좌 통장사본 1부(지원대상자 명의)
 - 신청인 신분증(본인 확인용)

[서식2] 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

35세 이상 임산부 의료비 지원사업 개인정보 수집 · 이용 및 제공 동의서

서울특별시는 35세 이상 임산부 의료비 지원을 위하여 아래와 같이 개인정보 수집 · 이용 및 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

개인정보 수집 · 이용 동의(필수)

서울시 35세 이상 임산부 의료비 지원 사업 신청과 관련하여 「서울특별시 출산 및 양육지원에 관한 조례」 제4조2항에 근거하여 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집 · 이용하기 위하여 「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집 · 이용)에 따라 관련사항을 알려드리오니 동의하여 주시기 바랍니다.

- 개인정보를 제공받는 기관: 서울특별시(25개 자치구 포함)
- 개인정보 조회 · 열람 · 활용 동의 내용
 - 주민등록등(초)본 조회 · 열람(주소지 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 확인)
 - 35세 이상 임산부 의료비 지원 신청, 진료 세부내역, 지원 내용 확인 등 통계자료 수집 · 분석
 - 35세 이상 임산부 의료비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보 수집 · 이용 내역

수집 · 이용 목적	수집항목	보유기간
35세 이상 임산부 의료비 지원 대상자 선정 및 관리 등 업무처리	성명, 주민등록번호, 휴대전화번호, 주소, 전자메일주소, 계좌번호, 검사 및 진료 정보 임신확인일, 분만예정일 등	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 **동의를 거부할 권리**가 있습니다.

그러나 동의를 거부 할 경우 35세 이상 임산부 의료비 신청에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함

동의하지 않음

민감정보 수집·이용 동의(필수)

본 사업 신청과 관련하여 「사회보장급여의 이용제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조(수급자격의 조사), 동법 시행령 제28조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 따라 관련 사항을 알려드리오니 동의하여 주시기 바랍니다.

수집 · 이용 목적	수집항목	보유기간
35세 이상 임산부 의료비 지원 대상 자격 확인	주민등록번호 진료 및 검사 정보	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 **동의를 거부할 권리**가 있습니다.

그러나 동의를 거부 할 경우 35세 이상 임산부 의료비 신청에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함

동의하지 않음

고유식별번호 고지사항

「개인정보 보호법」 제15조제1항 제2호, 제3호, 제17조제1항, 제4항에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용 및 제공을 합니다.

항목	수집·이용·제공 목적	수집·이용·제공 근거	제공기관
주민등록번호	중복수혜여부, 부정수급 확인 사업 참여자 관리	「사회보장급여의 이용제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조(수급자격의 조사), 동법 시행령 제28조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)	서울특별시
	행정정보공동이용을 통한 자격확인 (서울시 거주 확인 등)	「전자정부법」 제36조(행정정보의 효율적 관리 및 이용), 동법 시행령 제90조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)	행정안전부

행정정보공동이용 사전동의

해당 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제42조 제1항에 따라 동의를 받습니다.

민원(고객)사무의 목적	공동이용 행정정보	이용기관 명칭
35세 이상 임산부 의료비 지원 대상 자격 확인	비대면 자격확인 서비스 주민등록등본(서울시거주확인) 가족관계증명서	서울특별시 (25개 자치구 포함)

* 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부 할 경우 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

[] 동의함

[] 동의하지 않음

20 년 월 일

신청인(대리 신청인) 성명 :

(서명 또는 인)