

[서식 제1호] 임신 사전건강관리 지원 신청서

임신 사전건강관리 지원(필수 가임력 검사비 지원) 신청서

신청인 정보 (<input type="checkbox"/> 여성 / <input type="checkbox"/> 남성)	
성명	주민등록번호(외국인등록번호) -
주소	
연락처(핸드폰)	E-mail
혼인관계 <input type="checkbox"/> 미혼 / <input type="checkbox"/> 법률혼 / <input type="checkbox"/> 사실혼 / <input type="checkbox"/> 예비부부	사업 참여 횟수(지원받은 횟수) <input type="checkbox"/> 최초(0회) / <input type="checkbox"/> 1회 / <input type="checkbox"/> 2회
신청자 대상 설문 *선택사항이나, 사업의 필요성·지속성 평가 및 개선을 위한 기초자료로 사용될 예정이오니 응답을 요청드립니다.	
(1) 혼인	혼인기간 (예: (법률혼, 사실혼) 2년, 5개월, (예정자) 3개월 후 등) ()
(2) 자녀	현재 자녀 수 (없는 경우 0명) ()명 추가 자녀 계획 (미정인 경우 0명) ()명
(3) 인지경로	<input type="checkbox"/> 언론보도 <input type="checkbox"/> 인터넷(블로그, 카페 등) <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 보건소, 의료기관 등 <input type="checkbox"/> 지인 권유 <input type="checkbox"/> 기타()

임신 사전건강관리 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

000 보건소장 귀하

제3장

임신 사전건강관리 지원

	구 분	제출서류
첨부서류	신청	<div style="display: flex;"> <div style="width: 20%; text-align: center;">내국인</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 임신 사전건강관리 지원 신청서(공통) ○ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(공통) ○ 신청자 주민등록등본(또는 행정정보 공동이용 사전동의서) ※ 온라인 신청 시 제출서류 없음 ※ 15~19세 부부 대상자, (필요시) 혼인 증명서류 제출 </div> </div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 20%; text-align: center;">외국인</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 임신 사전건강관리 지원 신청서(공통) ○ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(공통) ○ 신청일 기준 외국인등록사실증명 또는 국내거소신고사실증명(또는 행정정보 공동이용 사전동의서) ○ 내국인 배우자의 주민등록등본(또는 배우자의 행정정보 공동이용 사전동의서) ○ (내국인 배우자 주민등록등본상 혼인관계가 확인되지 않는 경우) 혼인관계증명서 또는 청첩장 등 혼인 증명서류 </div> </div>
	청구	<ul style="list-style-type: none"> ○ 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서 ○ 외래 진료비 계산서·영수증 ○ 진료비 세부산정내역(세부내역서) ○ 본인 명의의 통장사본

※ 유의 사항 : 1) 허위 기재, 중복 지원, 급여 검사, 참여 의료기관 외 기관에서 검사 등의 경우 지급 제한(불가) 혹은 환수될 수 있습니다.
 2) 사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원이 불가합니다. 당월 1일 기준 명단을 확인하여 주시기를 바랍니다.
 ※ 결정 기간 : 신청일로부터 5일 이내
 * 「민원 처리에 관한 법률」 제19조 제1항에 따라 공휴일과 토요일 불산입, 1일은 8시간 기준
 ※ 검사 기간 및 청구 기한 : 신청일로부터 3개월 이내 검사, 검사일로부터 1개월 이내 청구

[서식 제2호] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

임신 사전건강관리 지원과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

▶ 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
(필수 정보) 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 주소, 연락처, 이메일, 혼인관계 (선택 정보) 혼인·자녀·인지경로에 대한 설문	대상자 선정 및 관리, 지역보건의료정보시스템을 통한 신청·청구·지급 현황 조사 또는 확인, 사업 통계자료 수집·분석·결과 추출 및 정책 기초연구 자료 활용, 타 지원사업과 연계될 경우 활용	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수 항목의 동의를 거부할 경우 임신 사전건강관리 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- ☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (필수) (예 / 아니오)
- ☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (선택) (예 / 아니오)

*사업의 개선 및 발전을 위해 정보 제공 동의를 부탁드립니다. 조사·연구 활용 시 개인정보는 모두 가명처리됩니다.

▶ 고유식별정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
외국인 등록번호	대상자 확인	5년

※ 위의 고유식별정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 대상자 확인을 할 수 없어 임신 사전건강관리 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- ☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (필수) (예 / 아니오)

▶ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유·이용기간
한국사회보장정보원, 사업지원단(공모)	「지역보건법」에 따른 지역보건의료 사업 운영	성명, 주민등록번호(외국인 등록번호), 주소, 연락처, 이메일, 혼인관계, 배우자 성명, 배우자 주민등록번호	5년

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 지역보건의료 사업 운영 관련하여 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- ☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까? (필수) (예 / 아니오)

▶ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유·이용기간
사업지원단(공모) 및 사업지원단(공모)이 만족도 조사를 위해 위탁하는 기관	사업 만족도 조사 등 지역보건의료의 조사·연구	성명, 주민등록번호(외국인 등록번호), 주소, 연락처, 이메일, 혼인관계, 혼인·자녀·인지경로에 대한 설문, 연락처	3년

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

- ☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까? (필수) (예 / 아니오)

▶ 기타고지사항

개인정보 보호법 제15조 제1항 제3호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보 수집·이용 목적	개인정보 항목	수집·이용 근거
대상자 선정 및 관리, 지역보건의료정보시스템을 통한 신청·청구·지급 현황 조사	본인 : 주민등록번호 (필요시) 배우자 : 주민등록번호	모자보건법 제11조 및 동법 시행령 19조

 년 월 일
 대상자 본인 성명 (서명 또는 인)
000 보건소장 귀하

[서식 제4호] 행정정보 공동이용 사전동의서(외국인)

행정정보 공동이용 사전동의서(외국인 신청자용)

1. 이용기관 명칭 : 시군구(보건소)
2. 이용사무(이용목적) : 임신 사전건강관리 지원(거주지·혼인관계 등 대상자 정보 확인)
3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명
1	외국인등록사실증명
2	국내거소사실증명

※ 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법」 시행령 제19조에 따라 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우 기재하여 주십시오.(필요시 기재사항)
 (주민등록 여권 외국인등록 운전면허) 번호 :

4. 정보주체(본인) 동의사항

○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일

대상자 본인

성 명 : (서명 또는 인)
 생년월일 :
 전화번호 :