

[서식 2]

선천성대사이상 환아관리 (<input type="checkbox"/> 환아등록 <input type="checkbox"/> 특수식이 <input type="checkbox"/> 의료비) 신청서					
1. 대상자 성명		2. 생년월일		3. 보호자 성명	
4. 주소(거주지)				5. 연락처	1) 2)
6. 질환명		7. 진단기관명 (소재지)		8. 진단일자	
9. 신청 내용	<input type="checkbox"/> 환아등록 ※ 특수식이 및 의료비 지원신청은 환아등록 이후부터 가능(환아등록 전 발생한 의료비는 소급 지원 불가)				
	<input type="checkbox"/> 특수조제분유 · 분유명: · 월 신청량:		<input type="checkbox"/> 저단백햇반 · 월 신청량:		
	<input type="checkbox"/> 의료비(선천성 감상선기능저하증) · 치료기간: · 의료비 발생액: · 지원금 입금계좌: 예금주) 은행명) 계좌번호)				
유의사항					확인(√)
거짓이나 속임수 등의 부정한 방법으로 의료비나 특수食이를 지원받거나 타인으로 하여금 이를 받게 한 경우(예: 지원받은 특수食이를 제3자에게 판매하여 대가 취득), 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조에 따라 지원금 환수 등의 조치 및 같은 법 제54조 제3항의 벌칙을 적용할 수 있고, 특수식이 부정수급이 확인된 경우 이후 지원을 중단할 수 있음					[]
위와 같이 선천성대사이상 환아관리 (<input type="checkbox"/> 환아등록 <input type="checkbox"/> 특수식이 <input type="checkbox"/> 의료비) 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 (서명) 보건소장 귀하					
< 제출서류 > [환아등록 신청] • 진단서 1부 • 주민등록등본 1부* * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능 [선천성대사이상 및 기타 질환(크론병 제외) 환아 특수식이 신청] • 진단서 1부(최초 신청) - 진단서에 분유명, 필요량(1일 또는 월간) 등이 명시되지 않은 경우, 해당 내용이 기재된 소견서 제출 필요 • 소견서(또는 진단서) 1부(환아 등록 이후 변경사항 발생) • 주민등록등본 1부* * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능 [크론병 환아 특수조제분유 신청] • 진단서 1부(최초 신청, 재발) • 진료확인서 1부(집중치료기간 경과 후 추가 신청 시) • 주민등록등본 1부* * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능 [선천성 감상선기능저하증 의료비 신청] • 진단서 1부(최초 신청) • 진료비(약제비 포함) 영수증 및 세부내역서 각 1부 • 지원금 입금계좌통장 사본 1부(최초 신청, 변경사항 발생) • 주민등록등본 1부* * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능					

[서식 3]

선천성대사이상 검사 및 환아관리 개인정보 제공 동의서

선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원신청 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 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 인구보건복지협회, 특수식이 공급업체(마마팜, 매일유업, 한국메디칼푸드, 한독, 남양유업, CJ제일제당), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련된 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
 - 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- 개인정보보유 및 이용기간
 - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
 - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
 - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
 - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- 개인정보 수집 동의 거부
 - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<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	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	주민등록번호	관계	동의확인(서명)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)