

[서식 1]

선천성대사이상 (☐ 선별검사비 ☐ 확진검사비) 신청서				
1. 대상자 성명		2. 성별	남() 여()	3. 생년월일
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처(휴대폰)
5. 주소(거주지)				
7. 선별검사	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
8. 확진검사	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
9. 확진검사 결과 (진단명)				
지원금액: 원 예금주) 은행명) 계좌번호)				
위와 같이 선천성대사이상 (☐ 선별검사비 ☐ 확진검사비) 지원을 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 (서명) 보건소장 귀하				
〈 제출서류 〉 • 주민등록등본 1부* • 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부* - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능 • 검사비 영수증, 검사비 세부내역서 각 1부 • 지원금 입금계좌통장 사본 1부 • (확진검사비) 진단서 등 확진 관련 증빙서류 추가 제출 * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능				

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), 사회보장정보원, 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, 납입시술여부 등
 - 선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 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
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 "선천성대사이상 환아관리"와 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

202 년 월 일

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