(서식 제1호)

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서							
①성 명 (임신부)			②주민등	록번호			
③연락처	(자택)		(핸드폰)				
④주 소							
※ 요양기관	확인란(임신확인	서)					
⑤ 임	신확인일		년	월		일	
6 분	만예정일		년	월		일	
위에 기록한 기 유양기관	· 사항이 사실임을 라명(기호) :	확인함 년	월 (일)			
	· (면허번호) :		()(서명	또는 인)		
위와 같이	청소년산모 임신·				년	월	일
		90년 2	정인(대리인)	성명:			(서명 또는 인)
		⑩신청	정인과의 관계:			(대리인이	신청하는 경우)
보건복지두	부장관 귀하						
첨	부서류	"신청인	제출서류" 침	남 조		수수료	없음
신청인의 범위							
신청인 제출서류							
결제 가능한 서비스 이용 기준 ○ 임신 및 출산 관련 산부인과 진료로서 산전검사, 출산, 조산, 자연유산, 산후진료 등 ○ 임신 및 출산과 관련 없는 감기, 외상, 내과외과 등 진료 및 신생아 치료비는 결제 불가 ○ 한의원 또는 한방병원의 경우 임신오저(O21, 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신 중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7) 진료에 한해 지원되며, 산후조리를 위한 첩약(보약)은 결제 불가 ○ 불법 인공임신중절 시술비에는 사용 불가							

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

⑪개인정보 수집 및 이용 동의서

	개위	민정.	보 및	고유식별정	보 활용	안내				
\mathbb{C}	항	목 :	성명,	주민등록번호,	주소, 연락	<mark>처, 임신확인일</mark>	, 분만예정일,	요양기관,	담당의사(면허번호),	국민행복카드
			정보(카드사, 유효기	1간 등 이로	력 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 상담전화를 위해 해당 카드사에 성명, 연락처 제공
- * 해당 카드사 상담전화 시 본인확인, 카드종류, 배송처 등 카드발급과 관련하여 별도 동의를 거침
- 온라인 신청 시 본인 인증을 위해 해당 통신사에 성명, 생년월일, 성별, 통신사, 휴대폰번호 제공

■ 개인정보 및 고유식별번호(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」제10조(신청에 따른 조사) 및 제8조의2(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 접수일부터 1년간 보관 후 파기됨을 고지합니다.

_						
	개인성보	낖	고유식별정보	저리에	과하	농의

○ 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 공동 이용을 통해 확인사항을 위의 담당공무원이 확인하는 것에 동의합니까?

[] 동의함	[] 동의하지 않음

위와 같이 청소년산모 임신출산의료비 지원을 신청합니다.

20 년

신청인(대리인):

(서명 또는 인)

신청인과의 관계:

(대리인이 신청하는 경우)

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

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

청소년산모 임신・출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

① : 성명(임신부)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 경 우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드 시 기재합니다.

4 : 반드시 주민등록등본 상 주소를 작성합니다.

⑤ ~ ⑧ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.

- ⑨ 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
- ⑩ 대리인이 신청한 경우에만 기재(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등
- ⑪ 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
- ② 우편송부처 : (04554) 서울특별시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 17층 사회보장정보원바우처본부 청소년산모 담당자