

붙임1

관내 분만산부인과 이용 출산비 지원 신청서					
지원 대상자		생년월일		만	세
주소					
출산일					
연락처	본인휴대폰		배우자 휴대폰		
신청인		생년월일		지원대상자와의 관계	
주소					
연락처	자택		휴대폰		
청구금액	금 원()				
※ 붙임 서류 1. 주민등록등본 1부 2. (대리인 신청) 신청인과의 관계가 나타난 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부 3. 개인정보 제공 동의서 1부 4. 국민행복카드 임신출산 진료비 소진 확인서 1부 5. 진료확인서 1부 6. 진료확인서 진료비 영수증 및 세부내역서 7. 대상자 명의 통장사본 1부					
위와 같이 출산비 지원을 신청합니다. 2021년 월 일 신청인: (서명) 보령시보건소장 귀하					

붙임2 개인정보 제공 동의서

관내 분만산부인과 이용 출산비 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업: 충청남도 보령시보건소

☐ 개인정보 수집의 목적

○ 출산비지원 대상자 선정 및 관리

☐ 개인정보수집항목

○ 대상자 및 보호자: 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 출산일, 진료내역

☐ 개인정보보유 및 이용기간 : 영구

☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용

○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)

○ 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)

○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

☐ 개인정보 수집 동의 거부

○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 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
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

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

20 년 월 일

동의자 성명	관 계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)