위대한 도민시대, 사람과 자연이 행복한 제주

2026년 저소득층을 위한 자체사업 운영지침

제주특별자치도
Jeju Special Self-Governing Province
(복지정책과)

목 차

Ⅰ. 지원사업 총괄표 ····· 1

Ⅱ. 세부사업 ····· 2

1. 저소득층 위기가정 지원 ····· 2

【서식 1】 위기가정 지원금 신청서(신설) ····· 5

【서식 1-1】 위기가정 지원대상자 조사표(일부개정) ····· 6

【서식 1-2】 위기가정 지원대상자 현금수령 확인서 ····· 8

2. 저소득층 특별생계비 지원 ····· 9

【서식 2】 저소득층 특별생계비 지원 신청서(신설) ····· 11

【서식 2-1】 저소득층 특별생계비 지원대상자 조사표(일부개정) ····· 12

3. 기초생활보장수급자 등 자녀 교복비 지원 ····· 14

【서식 3】 기초생활보장수급자 등 자녀 교복비 지원신청서 ····· 15

4. 저소득층 간병 인부임 지원 ····· 16

【서식 4】 저소득층 간병 인부임 지원신청서(일부개정) ····· 18

【서식 4-1】 저소득층 간병 인부임 청구서) ····· 19

5. 저소득층 검정고시 학습비 지원 ····· 20

【서식 5】 저소득층 검정고시 학습비 지원신청서 ····· 21

6. 희귀난치성 중증질환자 교통비 지원 ····· 19

【서식 6】 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원신청서 ····· 24

【서식 6-1】 개인정보 수집·이용·제공 동의서(일반) ····· 25

【서식 6-2】 개인정보 수집·이용·제공 동의서(14세미만) ····· 26

7. 저소득층 자녀 안경구입비 지원 ····· 27

【서식 7】 저소득층 자녀 안경구입비 지원신청서 ····· 28

【서식 7-1】 안경구입 확인서(신설) ····· 29

※ (공통서식) 대리수령신청서(신설) ····· 31

연도별 주요 변경사항

사업명	개정연도	개정내용
저소득 위기가정 지원	2023년	□ 추진계획 ○ 소득재산기준: (~22년) 기준중위소득 80%이하 → ('23년) 기준중위소득 100%이하 ○ 지원내용:(~22년) 의료비 100만원 범위 → ('23년) 의료비 300만원 범위 ※ '22.12.20 사회보장변경협의 완료, '23.7월부터 지침개정사항 적용
	2024년	□ 행정사항 ○ 1회 지원 원칙이나 (생략) (~24년) 최대 2회 지원 → ('25년) 최대 3회 지원
	2024년 (2차개정)	□ 지원방법 ○ 계좌압류, 관계단절 등 계좌지급이 어려운 경우 현금지급 가능 - 현급지급3시 서식1-1 현금수령확인서 징구 必(신설)
저소득층 특별생계비 지원	2024년	□ 지원대상 ○ (1순위) 기초생계급여를 신청하여 제외되거나.... - (~23년) (1순위) 기초생계급여를 **최초** 신청하여 제외거나 → ('24년) 기초생계급여를 신청하여 제외거나("최초" 삭제) □ 선정기준 ○ (1순위) **(~23년)~80%이하인자 → ('24년) ~50%이하인 자** □ 행정사항 ○ 지원개시일로부터 (~23년) 1년간 지원 원칙으로 하고, 행정시장 읍면동장이 판단하여 추가지원이 필요한 경우 6개월 추가 지원 → ('24년) "6개월 추가 지원" 삭제
희귀난치성 중증 질환자 교통비 지원	2024년	□ 행정사항 ○ 항공운임 외 수수료(발권, 취소, 변경) 및 부가서비스 지원 불가(신설)
저소득층 자녀 안경 구입비 지원	2023년	<사업 신규> *'22.12.28 사회보장제도 신설협의
	2024년 (2차개정)	□ 지원대상 ○ 기초생활보장수급자, 법정한부모, 차상위계층의 - 초중고 재학생 자녀 및 **18세미만('25.12.31 기준) 학교밖 청소년** * 학교밖 청소년 지원대상 추가
	2025년	□ 행정사항 ○ 신청일 기준 3개월 내 발급된 처방전만 인정(신설)

2026년 주요 변경사항

구분	현행	개정	개정사유
전체 공통	□ 지원방법 ○ 신청인 계좌에 현금지급 - 신용불량 등의 사유로 계좌 압류 상태인 경우에 한하여 직계가족(부모, 자녀)계좌로지급 가능	□ 지원방법 ○ 대상자 **계좌에 현금지급 원칙** ○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 공통 서식 1(대리 신청서)작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부 ※ p31 대리수령신청서 서식 신설	• 「기초생활보장법」에 준하여 계좌 지급 예외규정 명확화 ※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

사업명	쪽수	현행	개정	개정사유
위기 가정 지원금	3	○ (생계비) 2025년 긴급지원 사업 기준 - 1인가구 730.500원 - 2인가구 :1.205.000원 - 3인가구: 1.541.700원 - 4인가구: 1.872.700원	○ (생계비) 2026년 긴급지원 사업 기준 - 1인가구 783,000원 - 2인가구: 1,286,600원 - 3인가구: 1,644,000원 - 4인가구: 1,994,600원	• 2026년 긴급지원 기준 단가 적용
	5~6	위기가정 지원대상자 조사표	□ 서식 신설 및 개정 (서식1) 신청서 및 개인정보 제공동의서<신설> (서식1-1) 조사표 <일부 개정>	• 개인정보보호법 신청서 및 개인정보제공동의서 신설
저소득층 특별생계비 지원	9	□ 지원대상 ○(1순위) (중간생략) - 특히, 제외 또는 중지 되는 자에 대하여는 행정시 생활보장심의위원회에 이러한 사항을 알리고 특별생계비 지원 대상 여부를 심의받을 수 있도록 조치 □ 선정기준 ○(1순위) 중위소득 50%이하 ○(2순위) 중위소득 80%이하	□ 지원대상 - <삭제> □ 선정기준 ○ 중위소득 80%이하 * 1,2순위 80%이하로 동일하게 적용	• 매년 기초수급자 선정기준 완화로 특별생계비 지원 대상 감소 추세, 대상 확대를 위한 기준 완화 필요 - 선정절차 간소화(생보위 심의의결 절차 삭제) - 1순위 중위소득80%이하 *'23년까지는 1,2순위 모두 중위소득 80%까지 기 지원
	9	□ 지원내용 - 1인가구 239,850원 - 2인가구: 394,390원 - 3인가구: 504,050원 - 4인가구: 611,460원 - 5인가구: 741,100원 - 6인가구: 808,680원	□ 지원내용 - 1인가구 256,420원 - 2인가구: 419,930원 - 3인가구: 535,900원 - 4인가구: 649,470원 - 5인가구: 755,670원 - 6인가구: 855,600원	• 2026년 기준중위소득 10% 적용 ('17년 사회보장변경 협의 사항)
	11~12	특별생계비 지원대상자 조사표	□ 서식 추가 및 변경 (서식2) 신청서 및 개인정보 제공동의서<신설> (서식2-1) 조사표<일부개정>	• 개인정보보호법 신청서 및 개인정보제공동의서 신설

사업명	쪽수	현행	개정	개정사유
기초생활 보장수급자 등 자녀 교복비지원	14	□ 지원대상 ○ 기초생활보장수급자 및 중위소득 50%이하 자녀의 도외 중·고등학교 신입생	□ 지원대상 ○ 기초생활수급자 및 법정차상위계층* 중 도외 중.고등학교 신입생	• 지원대상 기초생활 보장수급자 및 법정 차상위계층으로 규모 축소
	14	□ 행정사항 ○ 입학 등록 여부 확인 후 학교 입학 전 반드시 지원: '25.2.29. 한 ○ <신설>	□ 행정사항 ○ 입학 등록 여부 확인 후 당해연도 내 지원 ○「도 한부모가족지원사업」 한무모가족 자녀 교복비 지원대상과 중복여부 확인	• 기간내 미신청에 따른 지원 누락되지 않도록 당해연도내 신청토록 함 • 「도 한부모가족지원사업」 한무모가족 자녀 교복비 지원대상과 중복여부 확인(도외 중·고교에 입학생 /350천원 지원)
저소득층 간병 인부임 지원	15	□ 지원대상 ① 병원에 입원한 기초생활수급자 중 간병해줄 보호자*가 없는 자 ② 기준 중위소득 50% 이하인 자 중 보호자가 없는 입원환자	□ 지원대상 ○ 도내 병원에 입원중인 자 중 부양의무자*가 없거나,부양의무자가 있어도 간병해 줄 보호자가 없는(해외거주, 시설입소 등의 사유) -기초생활보장수급자 및_법정차상위계층**	• 지원대상 기초생활 보장수급자 및 법정차상위계층으로 규모 축소 • 기준중위소득50%이하인 경우 기초생활 보장법에 준하는 부양의무자 유무 및 관계단절 등 사실관계 확인 어려움.
	15	□ 지원방법 ○ 간병인 계좌에 현금지급	□ 지원방법 ○ 간병인 또는 간병업체 계좌에 현금지급	• 다수가 간병업체를 통해 간병인이 배치되고 있는바 지원방법에 간병업체로도 지급가능토록 함.
	18	(서식4) 저소득층 간병인부임 지원신청서	(서식4) 지원신청서 서식 일부 개정	• 확인사항 및 개인정보 수집·이용동의서 추가

사업명	쪽수	현행	개정	개정사유
저소득층 검정고시 학습지 지원	20	□ 지원대상 ○ 기초생활보장수급자, 중위소득 50%이하 가구, 북한이탈주민의 본인 또는 자녀로서 검정고시 준비생 ○ 청소년쉼터 입소자, 야간학교에 다니는 검정 고시 준비생 ○ 그 외 행정시장이 지원이 필요하다고 인정하는 자	□ 지원대상 ○ 도내 검정고시준비생 중 - 기초생활보장수급자, 법정차상위계층* 및 법정한부모가족 - 북한이탈주민의 본인 또는 자녀 - 청소년쉼터 입소자, 야간학교에 다니는 검정고시 준비생	• 지원대상 규모축소 - 중위소득 50%이하 가구, 그 외 행정시장이 인정하는자 삭제 -법정차상위계층 및 법정한부모가족 명시
	20	□ 지원내용 ○ 사회진출금 200천원 * <신설>	□ 지원내용 ○ 사회진출금 1회/ 200천원 * 검정고시 합격일 기준으로 1년이내 지급(1년 경과 시 지급 불가)	• 지원기준 명확화
희귀난치성 중증질환자 교통비 지원	22	□ 지원대상 • <신설>	□ 지원대상 • 18세 미만인자 : 18세가 도래하는 날이 속하는 해의 12월 31일까지	• 지원기준 명확화
	22	□ 지원기준 ○ <신설>	□ 지원기준 ○ 자격중지일까지 진료된 내역에 한해 지원	• 지원기준 명확화
	23	□ 행정사항 ○ 항공운임 외 수수료(발권, 취소, 변경) 및 부가서비스 지원 불가 - <신설>	□ 행정사항 ○ 좌동 - 단, 비동반 소아 서비스는 지원 가능	• 보호자 없이는 비행기 탑승이 불가한 소아에 한해 지원범위 완화
저소득층 자녀 안경 구입비 지원	27 29	□ 행정사항 ○ 1인당 연1회 지원 원칙 ○ 신청일 기준 3개월 내 발급된 처방전만 인정	□ 행정사항 ○ 연 1회 지원이 원**칙**이나, 최대 10만원 범위내에서 2회까지 지원 ○ 신청일 기준 3개월 이내 발급된 처방전만 인정 - 단, 2차 신청시 (서식7-1) "안경구입확인서"로 대체 가능 (1차 신청시 제출한 처방전 확인 必) □ 서식 추가 (서식8-1) 안경구입 확인서	• 지원횟수 연1회 →2회(단, 10만원 범위내에서) • 2차 신청시 서류 간소화 (안경구입 확인서)

2026년 저소득층을 위한 자체사업 운영지침

◈ 국민기초생활보장, 긴급복지지원 등 기존의 제도적 보호를 받지 못하는 저소득층 보호를 위해 도 자체(행정시) 예산을 적기에 지원함으로써 복지사각지대 해소

Ⅰ 지원사업 총괄표

❍ 지원근거: 「제주특별자치도 저소득주민 생활안정지원 조례」

❍ 사업시행주체: 행정시

(단위 : 천원)

사 업 명	지원대상	지원내용	2026년 예산액	2025년 예산액 (본예산)	비 고
계	7개 사업		**1,803,452**	**1,811,030**	증가율 △0.41%
저소득층 위기가정 지원	생계유지 곤란 등 위기 상황 가구 (**기준 중위소득 100%이하**)	생계비, 의료비, 장제비 등	**800,000**	**750,000**	제주시 450,000 서귀포시 350,000
저소득층 특별생계비 지원	기초생계수급에서 제외·중지된 가구 등 (**기준 중위소득 80%이하**)	가구원수별 차등지원	**446,822**	**495,300**	제주시 176,822 서귀포시 270,000
기초생활수급자등 자녀 교복비 지원 (도외 학생)	**기초생활수급자 및 법정 차상위계층** 중 중.고교 신입생	1인 35만원 범위내	**3,150**	**3,150**	제주시 2,450 서귀포시 700
저소득층 간병인부임 지원	도내 병원에 입원한 무연고 **기초생활 수급자 및 법정차상위 계층**	1인 90만원 범위내	**216,000**	**229,500**	제주시 144,000 서귀포시 72,000
저소득층 검정고시 학습비 지원	**기초생활수급자, 법정 차상위계층, 법정한부모 가족 중** 검정고시 준비생	3개월분 학원비 45만원 등	**6,480**	**6,480**	제주시 3,600 서귀포시 2,880
희귀난치성 및 중증질환자 교통비 지원	**의료급여수급자 및 차상위본인부담경감 대상자** 중 산정특례등록된 희귀난치성질환자 및 중증질환자	도외 진료시 교통비	**228,000**	**216,600**	제주시 183,000 서귀포시 45,000
저소득층 자녀 안경구입비 지원	**기초생활수급자, 법정 한부모, 법정 차상위계층** 중 초·중·고 재학 자녀	1인 10만원 범위내	**103,000**	**110,000**	제주시 84,000 서귀포시 19,000

Ⅲ 세부사업

1 저소득층 위기가정 지원

◇ 지속적인 복지급여 기준 완화에도 불구하고 정부 지원에서 소외되어 위기상황에 처한 저소득층 발굴·지원
◇ 저소득가구 생계지원 및 복지사각지대 해소

□ 지원원칙

○ **긴급복지(국비) 지원사업* 먼저 지원**하고, 지원 대상에서 제외될 경우 위기가정 지원 사업으로 지원 * 지원대상: 기준중위소득의 75%

〈위기상황의 정의〉 **(제주특별자치도 긴급복지지원조례 제2조)**

1. 임신, 출산, 아이 양육 등으로 소득활동이 미미하여 생계가 어려운 경우
2. 주 소득자의 학업, 군복무로 생계가 어려운 경우
3. 아동을 동반한 가구로 주거로 보기 어려운 창고, 폐가, 천막집, 다리 밑, 트럭 등을 전전하며 생활하는 경우
4. 부모 등 보호자의 잦은 가출, 알콜·도박 중독, 정신질환 등으로 사실상 아동을 방치하는 경우
5. 화재, 풍·수해 등 재난재해로 거주하는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우
6. 신용회복위원회 사전채무조정제도를 통해 채무변제 유예처분을 받은 사람 중 생계가 어려운 경우
7. 과다채무로 인해 생계가 어려운 경우

7의 2. 범죄피해자로 관할 경찰서 등에서 의뢰한 사람 중 생계가 어려운 경우

8. **「국민기초생활 보장법」에 따른 급여가 중지된 경우**
9. **「국민기초생활 보장법」에 따른 급여 신청 결과 급여 보장 부적합 가구로 결정된 경우**
10. 실직, 폐업 등 사유로 수도, 가스, 전기 등의 사용료 체납으로 인하여 3개월 이상 공급이 중단되어 생계가 어려운 경우
11. 실직, 폐업 등 사유로 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료 징수 등 에 관한 법률」에 따른 고용보험료 및 산업재해보상보험료, 「국민건강보험법」에 따른 보험료 및 「국민연금법 」에 따른 연금보험료를 3개월 이상 체납하여 생계가 어려운 경우
12. 그 밖에 도지사가 위기상황으로 인정하는 경우

□ 지원대상

○ 위기상황 발생 후 1년 이내 가정으로서 다음 사항을 모두 충족하는 경우

❶ 도내에 주민등록이 되어 있는 자 중 실제 거주자

❷ 위기상황임에도 현행 법·제도의 지원을 받을 수 없는 가정 및 긴급복지지원법에 의한 지원을 받은 후에도 위기상황이 해소되지 않은 가정

□ 지원 제외대상

○ 국민기초생활보장수급자 중 생계급여 대상자

*** 단, 중한 질병 및 부상으로 인하여 발생한 의료비를 감당하기 어렵다고 판단한 경우 지원 가능**

□ 선정기준 : 해당 가구의 소득인정액이 기준 중위소득 100%이하

(단위 : 월/원)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
'26년 기중중위소득	2,564,238	4,199,292	5,359,036	6,494,738	7,556,719	8,555,952
기준 중위소득 100%	2,564,238	4,199,292	5,359,036	6,494,738	7,556,719	8,555,952

※ 행복e음상 소득·재산 조사 이력이 없는 경우 2026년 기준 중위소득별 건강보험료 소득판정기준표 적용 ☞ 이 경우 신청인이 건강보험료 납부확인서 등 증빙

□ 지원내용

○ **(생계비)** 2026년 긴급지원사업 기준에 정한 가구원수별 금액

(단위: 월/원)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구
지원금액	783,000	1,286,600	1,644,000	1,994,600

※ 월 단위 지급, 가구구성원이 4인 이상 가구는 4인가구 기준으로 지원 동일

○ **(의료비)** 입원기간 중 발생한 의료비 중 본인부담금(300만원 범위 내)

- 상급병실입원료, 간병비, 의료기구 구입비, 제증명료, 단순검사비(MRI, CT등) 등은 지원 제외

*** 단 수술과정에서 필요한 MRI·CT 검사비 및 질병 치료상의 문제 등으로 이용이 불가피한 경우의 상급병실 이용료(최대 5일의 범위내) 지원 가능**

*** 퇴원 후 1개월 이내 신청에 한함**

- 필수서류: 진단서, 입원확인서, 진료비 영수증

○ **(장제비)** 80만원 이내

○ **(기 타)** 행정시장 및 읍·면·동장이 위기상황에 처한 가구로 인정한 경우 100만원 이내

□ 지원방법

○ 대상자 **계좌에 현금지급 원칙**

- 단, 의료비인 경우 해당 의료기관 계좌로 지급 가능

○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 [공통서식 1] 대리수령 신청서 작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부

※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

○ 위 방법으로도 계좌지급이 어려운 경우 현금지급 가능

- **현금지급 시 [서식1-2] 현금수령확인서 징구 必**

□ 지원절차

대상자 지원요청 (읍면동) [서식1]신청서 작성	⇒	사실관계 확인 조사 및 지원 요청 (읍면동→행정시) [서식1-1] 조사표 작성	⇒	· 결정통보 (행정시→읍면동→대상자) · 지 원 (행정시→대상자)

□ 행정사항

○ 위기가정에 대해 생계비 등 연 **1회 지원이 원칙**이나, 지원연장이 필요한 경우 연 2회에 한하여 행정시장(읍·면·동장)이 판단하여 결정 및 지원(**연 최대 3회**)

○ 긴급복지 신청 대상자 중 소득, 재산 등 선정기준 초과로 지원이 제외된 경우 생활이 어려운 대상자에게는 위기상황이 극복될 수 있도록 본 사업비 지원 적극 검토

○ 지원대상 결정 후 지급전 사망하여 보장할 대상이 존재하지 않는 경우 지급하지 않음 (단, 의료비 예외)

【서식 1】 신청인 작성

위기가정 지원금 신청서

1. 기본정보

대상자명		주민등록 번호		연령	세	연 락 처	
주 소						가구원 수 (등본기준)	
보호구분	□ 기초생활수급자 (□ 생계 □ 의료 □ 주거 □ 교육 □ 시설) □ 법정차상위계층 □ 법정한부모 □ 중위소득 100%이내 □ 기타 ( )						
주거 정보	□자가 □전세 (보증금:) □ 월세 (보증금: 월 임대료:) □임대아파트 □무료임대 (소유자와의 관계:) □ 기타 (주거형태:)						

가족사항 (주민등록상)	관계	성 명	생년월일(성별)	건강상태 (장애, 질병)	직 업 (혹은 학교/학년)	동거여부	근로능력여부

2. 신청내역

신청항목	□ 생계비 □ 의료비 □ 장제비 □ 기타( )

3. 지원금 수령 계좌

예금주	은행명	계좌번호	비 고

4. 확인사항

확인사항
• 「.제주특별자치도 저소득주민 생활안정지원 조례」 제8조①에 의거 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 지 원 받은 경우 지원을 중단할 수 있습니다. • 필요시 담당공무원의 요구에 따라 지원조건에 필요한 추가 서류 제출해야 합니다. 위 내용을 확인합니다 □ 예 □ 아니오

5. 개인정보 수집 • 이용 동의서

「개인정보보호법」 제15조(**개인정보의 수집·이용**)에 따라 위기가정지원금 지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

□ 개인정보 수집· 이용내역

수집항목	수집 및 이용목적	보유 및 이용기간
ㅇ신청인정보: 성명, 주민등록번호, 연락처(휴대전화) 등 신청서 기재내용 ㅇ가족사항: 세대주와의 관계, 성명, 생년월일	ㅇ위기가정 지원금 신청에 따른 자격 기준 조회 ㅇ사회보장정보시스템을통한 소득인정액 조회(사회보장기본법 제37조 및 사회보장기본법 시행령 제19조)	ㅇ해당서비스 제공기간 및 서비스 종료일로부터 5년

□ 동의함 □ 동의안함 동의인 (서명 또는 인)

상기 본인은 위와 같이 위기가정 지원금을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

【서식 1-1】 읍·면·동 작성

위기가정 지원대상자 조사표

<table>
<tr><td rowspan="2">대 상 자
인적사항</td><td>성 명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td><td>연 령</td><td>세</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="2"></td><td>휴대전화</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>보호구분</td><td colspan="6">☐ 기초생활수급자 (☐ 생계 ☐ 의료 ☐ 주거 ☐ 교육 ☐ 시설)
☐ 법정차상위계층 ☐ 법정한부모 ☐ 중위소득 100%이내 ☐ 기타 ( )</td></tr>
<tr><td>주거
정보</td><td colspan="6">☐자가 ☐전세 (보증금:) ☐ 월세 (보증금: 월 임대료:)
☐임대아파트 ☐무료임대 (소유자와의 관계:) ☐ 기타 (주거형태:)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">가족사항
(주민등록상)</td><td>관 계</td><td>성 명</td><td>생년월일
(성별)</td><td>건강상태
(장애, 질병)</td><td>직 업</td><td>동거여부</td><td>근로능력여부</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">경제현황
※빠짐없이
기재요함</td><td>소득
(월별)</td><td>총 액
(원)</td><td colspan="4">☐ 근로소득 ( )원 ☐ 정부보조금( )원
☐ 기타( )원 *행복e음 정보 확인</td></tr>
<tr><td>재산
규모</td><td>총 액
(원)</td><td colspan="4">☐ 일반재산 ( )원 *부동산, 임차보증금등
☐ 차량 ( )원
☐ 금융재산 ( )원 *예금, 적금, 주식, 증권, 보험 등
*행복e음 정보 확인</td></tr>
<tr><td>건 강
보험료</td><td colspan="2">☐ 지 역 (원)
☐ 직 장 (원)
☐ 혼 합 (원)
※ 피부양자의 경우 건강보험 피부양자 자격확인서 제출 필</td><td>부 채</td><td colspan="3">☐ 금 액 (원)
*행복e음 정보 확인</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">최근 6개월
이내
지원내역
※공적지원
포함</td><td colspan="2">기 관 명</td><td>지원일자</td><td>지원금액(원)</td><td colspan="2">지원사유</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">신청사항</td><td colspan="4">신청항목</td><td>신청금액(원)</td><td>비고</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐ 생계비 ☐ 의료비 ☐ 장제비 ☐ 기타( )</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청계좌</td><td>은행명</td><td></td><td rowspan="2">계좌번호
*압류방지계좌 제외</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>예금주</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">대 상 자
생활실태

※객관적인 근거중심으로 작성</td><td>개인 및 가구상황 (개인 및 가족력, 건강상태, 가족관계 등)</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>경제상황 (소득, 금융, 재산, 부채 등) 및 주거환경 상황</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">조사자
의 견</td><td>대상자의 위기사유 및 지원의 필요성 (구체적인 사유 기술)
- 공적지원 (복지부 긴급지원 및 동 사례관리비 지원) 미해당 사유, 지원 필요에 대한 조사자 의견 등</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">위와 같이 위기가정 지원사업 대상자로 추천합니다.

년 월 일

조 사 자 : 급 (서명 또는 인)
확 인 자 : 읍·면·동장 (직인)</td></tr>
</table>

【서식 1-2】

위기가정 지원대상자 현금수령 확인서

1. 수 령 인

성 명	
주민등록번호	
주 소	
연 락 처	

2. 수 령 내 역

수령내역	제주특별자치도 저소득층 위기가정 지원금
수령금액	일금 원정 (₩)

상기 금액을 현금으로 수령하였음을 확인합니다.

2026년 월 일

수령인: (서명 또는 인)

2 저소득층 특별생계비 지원

◇ 실질적으로 생활이 곤란하지만 부양의무자 기준 등 기초생활보장 선정기준에 부적합하여 지원을 받지 못하는 저소득층에게 한시적으로 생계비 지원

□ 지원대상

○ **(1순위)** 국민기초생활보장수급권자가 **기초생계급여를 신청하여 제외**되거나 부양의무자 등으로 인하여 중지된 자

- 행정시에서는 수급을 제외시키거나 중지할 때 반드시 저소득층 특별생계비 지원 대상 여부 판정 및 안내

  * 본인포기로 수급 제외 또는 중지대상은 제외

○ **(2순위)** 화재, 재해, 재난 또는 주 소득원이 경제력 상실 등의 사유로 긴급복지, 생계급여 등 공적지원이 어려운 자로서 읍.면.동장이 추천한 자

※ 긴급지원, 위기가정지원금과 지원기간 중복 불가

□ **선정기준 :** 해당 가구의 소득인정액이 기준 중위소득 80%이하

(단위 : 월/원)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
'26년 기중중위소득	2,564,238	4,199,292	5,359,036	6,494,738	7,556,719	8,555,952
기준 중위소득 80%	2,051,390	3,359,434	4,287,229	5,195,790	6,045,375	6,844,762

※ 행복e음상 소득·재산 조사 이력이 없는 경우 2026년 기준 중위소득별 건강보험료 소득판정기준표 적용 ☞ 이 경우 신청인이 건강보험료 납부확인서등 증빙

□ 지원내용 * 기준중위소득의 10%적용(사회보장변경협의: 2017년)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
월 지원액(원)	256,420	419,930	535,900	649,470	755,670	855,600

□ 지원방법

○ 대상자 **계좌에 현금지급 원칙** *** 지원대상 가구원 계좌 모두 가능**

○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 [공통서식 1] 대리수령 신청서 작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부

※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

□ 지원절차

대상자 지원요청 (읍면동) [서식2] 신청서 작성	⇒	사실관계 확인 조사 및 지원 요청 (읍면동→행정시) [서식2-1]조사표 작성	⇒	· 결정통보 (행정시→읍면동→대상자) · 지 원 (행정시→대상자)

□ 지원중지

○ 수급기간 중 중지사유* 발생 당월까지 지원

- 다만, 사망을 제외한 수급자 본인 계좌의 해지 등의 사유로 급여지급이 불가능한 경우 지급하지 않을 수 있음

* 사망, 거주불명등록, 타시도 전출 등

□ 행정사항

○ 지원개시일로부터 1년간 지원 원칙

○ 특별생계비 지원 대상자에 대하여는 매월 확인조사를 실시하여 계속하여 지원자격이 유지되는지 여부를 확인하여야 함

- 전출, 사망, 가구원 변경, 기초생계급여 지원여부등 변동사항 확인 철저

【서식 2】 신청인 작성

저소득층 특별생계비 지원 신청서

1. 기본정보

대상자명		주민등록 번호		**연령**	세	**연 락 처**	
주 소						**가구원 수** (등본기준)	
보호구분	☐ 기초생활수급자 (☐ 의료 ☐ 주거 ☐ 교육) ☐ 법정차상위계층 ☐ 법정한부모 ☐ 중위소득 100%이내 ☐ 기타 ( )						
주거 정보	☐자가 ☐전세 (보증금:) ☐ 월세 (보증금: 월 임대료:) ☐임대아파트 ☐무료임대 (소유자와의 관계:) ☐ 기타 (주거형태:)						

가족사항 (주민등록상)	**관 계**	**성 명**	**생년월일(성별)**	**건강상태** (장애, 질병)	**직 업** (혹은 학교/학년)	**동거여부**	**근로능력여부**

2. 지원금 수령 계좌

예금주	**은행명**	**계좌번호**	**비 고**

3. 확인사항

확인사항
• 특별생계비 지원기간은 1년으로 기간 종료시 자동 중지됩니다. • 다만, 사망, 거주불명등록, 시설입소, 타시도 전출 , 중위소득 초과 등 확인시 당월까지만 지원 • 「.제주특별자치도 저소득주민 생활안정 지원 조례」 제8조①에의거 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 지원받은 경우 지원을 중단할수 있습니다. • 필요시 담당공무원의 요구에 따라 지원조건에 필요한 추가 서류를 제출 해야 합니다. 위 내용을 확인합니다 ☐ 예 ☐ 아니오

5. 개인정보 수집·이용 동의서

「개인정보보호법」 제15조(**개인정보의 수집·이용**)에 따라 특별생계비 지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

☐ 개인정보 수집· 이용내역

수집항목	**수집 및 이용목적**	**보유 및 이용기간**
ㅇ신청인정보: 성명, 주민등록번호, 연락처(휴대전화) 등 신청서 기재내용 ㅇ가족사항: 세대주와의 관계, 성명, 생년월일	ㅇ특별생계비 신청에 따른 자격 기준 조회 ㅇ사회보장정보시스템을통한 소득인정액 조회(사회보장기본법 제37조 및 사회보장기본법 시행령 제19조)	해당서비스 제공기간 및 서비스 종료일로부터 5년

☐ 동의함 ☐ 동의안함 동의인 (서명 또는 인)

상기 본인은 위와 같이 특별생계비 지원금을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

【서식 2-1】 읍·면·동 작성

저소득층 특별생계비 지원대상자 조사표

<table>
<tr><td rowspan="2">대 상 자
인적사항</td><td>성 명</td><td colspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td colspan="2"></td><td>연 령</td><td>세</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="3"></td><td>휴대전화</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>보호구분</td><td colspan="8">☐ 기초생활수급자 (☐ 의료 ☐ 주거 ☐ 교육 ☐ 시설)
☐ 법정차상위계층 ☐ 법정한부모 ☐ 중위소득 80%이내 ☐ 기타 ( )</td></tr>
<tr><td>지원사유</td><td colspan="8">☐ 기초생활수급 제외 가구 ☐ 기초생활수급 중지가구
☐ 화재·재난·재해가구 ☐ 기타 중위소득 80%이내</td></tr>
<tr><td>주거
정보</td><td colspan="8">☐자가 ☐전세 (보증금:) ☐ 월세 (보증금: 월 임대료:)
☐임대아파트 ☐무료임대 (소유자와의 관계:) ☐ 기타 (주거형태:)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">가족사항
(주민등록상)</td><td>관 계</td><td>성 명</td><td>생년월일(
성별)</td><td>건강상태
(장애, 질병)</td><td>직 업
(혹은 학교/학년)</td><td>동거여부</td><td colspan="2">근로능력여부</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">경제현황
※빠짐없이
기재요함</td><td>소득
(월별)</td><td>총 액
(원)</td><td colspan="6">☐ 근로소득 ( )원 ☐ 정부보조금( )원
☐ 기타( )원 *행복e음 정보 확인</td></tr>
<tr><td>재산
규모</td><td>총 액
(원)</td><td colspan="6">☐ 일반재산 ( )원 *부동산, 임차보증금등
☐ 차량 ( )원
☐ 금융재산 ( )원 *예금, 적금, 주식, 증권, 보험 등
*행복e음 정보 확인</td></tr>
<tr><td>건 강
보험료</td><td colspan="3">☐ 지 역 (원)
☐ 직 장 (원)
☐ 혼 합 (원)
※ 피부양자의 경우 건강보험 피부양자 자격확인서 제출 필</td><td>부 채</td><td colspan="3">☐ 금 액 (원)
*행복e음 정보 확인</td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청계좌</td><td colspan="2">은행명</td><td colspan="2">예금주</td><td colspan="4">계좌번호 *압류방지계좌 제외</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">대 상 자
생활실태

※객관적인 근거중심으로 작성</td><td>개인 및 가구상황(개인 및 가족력, 건강상태, 가족관계 등)</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>경제상황(소득, 금융, 재산, 부채 등) 및 주거환경 상황</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">조사자
의 견</td><td>대상자의 지원의 필요성(구체적인 사유 기술)
- 공적지원 (복지부 긴급지원 및 동 사례관리비 지원) 미해당 사유, 지원 필요에 대한 조사자 의견 등</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">위와 같이 저소득층 특별생계비 지원사업 대상자로 추천합니다.

년 월 일

조 사 자 : 급 (서명 또는 인)
확 인 자 : 읍·면·동장 (직인)</td></tr>
</table>

3 기초생활보장수급자 등 자녀 교복비 지원

◇ 기초생활보장수급자 등 저소득층 중·고등학교 신입생 자녀에 대한 교복비 지원으로 가계 부담 경감

□ 지원대상

○ 기초생활수급자 및 법정차상위계층* 중 **도외 중.고등학교 신입생**

* 차상위본인부담경감, 차상위장애인(장애아동수당), 차상위자활, 차상위계층 확인서 발급

※ 도교육청 교복구매 지원 활성화 조례 제7조(2019.4.10.제정), 도 교육청 교복 구매 지원에 관한 규정 제4조에 따라 2022년부터 도 교육청에서 도내 기초수급자 자녀 교복비 일괄지원

□ 지원내용

○ 교복구입비 1인 최대 350천원(연 1회)

※ 신입생 자녀가 자퇴·재입학·전학 시 추가 지원 불가

□ 지원방법

○ 신청인(대상자) 계좌에 현금지급

○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 [공통서식 1] 대리수령 신청서 작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부

※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

□ 지원절차

대상자(가족) 신청접수* (읍면동)	⇒	입학 및 교복구입 확인 (읍면동)	⇒	신청서 진달 (읍면동→행정시)	⇒	지원 (행정시 →대상자)

* 신청서 및 교복구입 영수증(원본), 통장사본 제출

□ 행정사항

○ 입학 등록 여부 확인 후 입학한 당해 연도 내 지원

○「도 한부모가족지원사업」한무모가족 자녀 교복비 지원대상과 중복 여부 확인

【서식 3】

기초생활보장수급자 등 자녀 교복비 지원신청서

지원구분	기초생활보장 □ 법정차상위계층 □ 법정한부모 □					
신청인	성 명		생년월일		대상자와의 관계	
	주 소	(☏)				
대상자	**성 명**		**생년월일**			
	주 소	**(☏)**				
	진학예정 학 교 명		**학교 소재지**			
신청금액	금 원					
입금계좌	예 금 주( ) 은행명( ) 계좌번호( )					

위와 같이 기초생활보장수급자 등 자녀 교복비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)
대상자와의 관계 :

제주특별자치도 ○○시장 귀하

개인정보 수집·이용 동의서

「개인정보보호법」 제15조**(개인정보의 수집·이용)**에 따라 기초생활보장수급자 등 자녀 교복비 지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

ㅇ 수집하려는 개인정보의 항목 : **성명, 생년월일, 연락처(휴대전화) 등 신청서 기재내용**

□ 동의함 □ 동의안함 동의인 (서명 또는 인)

※ 구비서류 : **① 교복구입 영수증(원본) ② 통장사본**
※ 각 항목별로 자세히 기재하여 주시기 바랍니다.

4 저소득층 간병 인부임 지원

◇ 기초생활보장수급자 등 저소득층 도내 병원 입원시 보호자가 없는 경우 간병을 받을수 있도록 지원함으로써 조기 치료 및 소외 감 해소

□ 지원대상

○ 도내 병원에 입원중인 자 중 부양의무자*가 없거나, 부양의무자가 있어도 간병해 줄 보호자가 없는(해외거주, 시설입소등의 사유)

- 기초생활보장수급자 및 법정차상위계층**

* 보호자의 범위: 기초생활보장 부양의무자의 범위와 동일

** 차상위본인부담경감, 차상위장애인(장애아동수당), 차상위자활, 차상위계층 확인서 발급

□ 지원 제외대상

○ 간병비 민간보험 가입 및 유사 내용으로 간병비를 지원받는 경우 (단, 면책사유 등으로 실제 해당기간에 보험지급이 되지 않을시 사실관계 확인을 통해 지원 가능)

□ 지원내용

○ 간병인부임 : 90만원 범위내

- 8시간 기준 : 30,000원(* 주간, 야간 공통)
- 12시간 기준 : 45,000원, - 24시간 기준 : 90,000원

※ 이외 지원 연장이 불가피하게 필요한 경우 행정시 판단하에 적의 조정 지원

□ 지원방법

○ 간병인 또는 간병업체 계좌에 현금지급

□ 지원절차

대상자 지원요청 (읍면동)	⇒	간병인 및 입원확인 후 지원요청 (읍면동→행정시)	⇒	지원결정 및 통보 (행정시→읍면동)	⇒	간병완료 후 간병비 청구 및 지원 (읍면동→행정시→간병업체)

□ 행정사항

○ 1년 1회 지원 원칙이나 입원 시 치료가 완료되어 퇴원을 한 후 다른 질병으로 재입원 시 1회 추가 지원 가능

○ 지원대상은 도내 병원 입원 중인 자에 한함(퇴원 후 신청 불가)

○ 지역자활센터의 간병사업단 등 무료간병지원 사업을 우선적으로 연계하고 무료간병인 확보가 어려운 경우 지원

【서식 4】

저소득층 간병 인부임 지원신청서

지원구분	기초생활보장 □ 법정차상위계층 □					
신청인	성 명		생년월일		대상자와의 관계	
	주 소	(☎)				
대상자	성 명		생년월일			
	주 소	(☎)				
	입 원 일		**병 원 명**			
간병인	성 명		생년월일			
	주 소	(☎)				
	간 병 시 작 일		**자격확인**	간병사 자격증 □ 요양보호사 자격증 □ 간병인 교육 수료증 □		
	간병업체명					

위와 같이 저소득층 간병 인부임 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)

대상자와의 관계 :

제주특별자치도 ○○시장 귀하

확인사항

ㅇ 간병비 민간보험 가입한 사실이 있습니다. □ 예 □ 아니오

ㅇ「제주특별자치도 저소득주민 생활안정 지원 조례」제8조①에의거 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 지원 받은 경우 지원을 중단할수 있습니다. □ 예 □ 아니오

ㅇ 필요시 담당공무원의 요구에 따라 지원조건 확인에 필요한 추가 서류 제출해야 합니다. □ 예 □ 아니오

개인정보 수집 · 이용 동의서

「개인정보보호법」제15조(**개인정보의 수집·이용**)에 따라 저소득층 간병 인부임 지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

□ 개인정보 수집· 이용내역

수집항목	수집 및 이용목적	보유 및 이용기간
ㅇ 신청인정보: 성명, 주민등록번호, 연락처(휴대전화) 등 신청서 기재내용 ㅇ 가족사항: 세대주와의 관계, 성명, 생년월일	ㅇ 저소득층 간병 인부임 지원 신청에 따른 자격 기준 및 간병보험 가입 여부 조회 ㅇ사회보장정보시스템을통한 소득인정액 조회(사회보장기본법 제37조 및 사회보장기본법 시행령 제19조)	해당서비스 제공기간 및 서비스 종료일로부터 5년

□ 동의함 □ 동의안함 동의인 (서명 또는 인)

※ 구비서류 : ① **입원확인서(병명기재)** ② **간병인 자격확인서류 등**

※ 각 항목별로 자세히 기재하여 주시기 바랍니다.

【서식 4-1】

저소득층 간병 인부임 청구서

대상자 (환 자)	성 명		생년월일	
	주 소	(☏)		
	입원기간	. . ~ . .	**병 원 명**	
청구인 (간병인)	성 명		생년월일	
	주 소	(☏)		
	간병기간	. . ~ . . (일)		
	간병업체명			
산출내역	1일 간병비 원 × 일 = 원 ※ 1일 간병 비용이 일자별로 다를 경우, 일자별 이용금액 작성			
청구내역 및 입금계좌	금 원		예금주( ) 은행명( ) 계좌번호( )	

위와 같이 간병 인부임을 청구합니다.

2026년 월 일

청 구 인 : (서명 또는 인)

제주특별자치도 ○○시장 귀하

개인정보 수집·이용 동의서

「개인정보보호법」 제15조**(개인정보의 수집·이용)**에 따라 저소득층 간병 인부임지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

ㅇ 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 전화번호등 신청서 기재내용

□ 동의함 □ 동의안함 동의인: (서명 또는 인)

※ 구비서류 : **① 간병일지 등 간병사실 확인서류 ② 통장사본**
③ 사업자등록증(청구인이 간병업체 인 경우)

※ 유의사항 : 담당자가 간병일지 등 간병사실 확인 후 **실제 간병시간에 따라 청구액과 지급액이 달라질 수 있습니다.**

5 저소득층 검정고시 학습비 지원

◇ 학교 생활 부적응 또는 경제적 어려움으로 학교 진학을 포기한 저소득층 본인 또는 자녀에게 지속적인 학업기회 제공
◇ 소정의 목표 달성자에게 사회 진출금 지원으로 자립기반 조성

□ 지원대상

○ 도내 **검정고시준비생 중**
- 기초생활보장수급자, 법정차상위계층* 및 법정한부모가족
  * 차상위본인부담경감, 차상위장애인(장애아동수당), 차상위자활, 차상위계층 확인서 발급
- 북한이탈주민의 본인 또는 자녀
- 청소년쉼터 입소자, 야간학교에 다니는 검정고시 준비생

*** 야간학생인 경우 학교장 추천이 있을 시 지원 가능**

□ 지원내용

구분	검정고시 학원비(3개월분, 온라인강의 포함)	교재비	사회진출금*
내용	연 450천원 이내	연 70천원 이내	1회/200천원

* 검정고시 합격자에 한하며(학원비 미지원시에도 지원), 검정고시 합격일 기준으로 1년 이내 지급(1년 경과 시 지급 불가)

□ 지원방법

○ 신청인(대상자) 계좌에 현금지급
○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 [공통서식1] 대리수령 신청서 작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부
※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

□ 지원절차

대상자 신청접수* (읍면동) ⇒ 학원 수강신청 관련서류 및 검정고시 합격증 확인 (읍면동) ⇒ 신청서 진달 (읍면동→행정시) ⇒ 지원 (행정시→대상자)

* 신청서, 검정고시 합격증(사회진출금 신청시).학원 수강료 등 영수증(원본) ,통장사본

□ 행정사항

○ 학원비 지원 시 중도 포기할 경우 학원비를 환수조치됨을 안내하고, 행정시는 수강여부 등 매월 1회 확인
○ 청소년 쉼터, 야간학교 등 본 사업 시행과 관련하여 적극적인 홍보

【서식 5】

저소득층 검정고시 학습비 지원신청서

<table>
<tr><td>지원구분</td><td colspan="3">기초생활보장 □
법정차상위계층 □
법정한부모 □</td><td colspan="3">북한이탈주민 (본인 □ 자녀 □)
청소년쉼터 입소자 □
야간학교 학생 □</td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청인</td><td>성 명</td><td></td><td>생년월일</td><td></td><td>대상자와의 관계</td><td></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5">(☏)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">대상자</td><td>성 명</td><td></td><td>생년월일</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5">(☏)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">신청내용</td><td colspan="3">• 학원비 □</td><td colspan="3">금 원</td></tr>
<tr><td colspan="3">• 교재비 □</td><td colspan="3">금 원</td></tr>
<tr><td colspan="3">• 사회진출금 □
(검정고시 합격일자:)</td><td colspan="3">금 원</td></tr>
<tr><td>입금계좌</td><td colspan="6">예 금 주( ) 은행명( )
계좌번호( )</td></tr>
</table>

위와 같이 저소득층 검정고시 학습비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)
대상자와의 관계 :

제주특별자치도 ○○시장 귀하

개인정보 수집·이용 동의서

「개인정보보호법」 제15조**(개인정보의 수집·이용)**에 따라 저소득층 검정고시 학습비 지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

ㅇ 수집하려는 개인정보의 항목 : **성명, 생년월일, 연락처(휴대전화) 등 신청서 기재내용**

□ 동의함 □ 동의안함 동의인 (서명 또는 인)

※ 구비서류 : **① 검정고시 합격증 ② 학원 수강료 등 영수증(원본) ③ 통장사본**
※ 각 항목별로 자세히 기재하여 주시기 바랍니다.

6 희귀난치성 중증질환자 교통비 지원

◇ 의료급여수급자 및 차상위본인부담경감대상자 중 희귀난치성·중증질환으로 도외 병원진료 시 교통비 지원
◇ 질환자 및 가족들에 경제적·심리적 부담 경감

□ 지원대상

○ 의료급여수급자 및 차상위 본인경감대상자 중 산정특례자로 등록된 희귀난치성질환 및 중증질환자

※ 18세 미만*의 아동환자 및 80세 이상의 고령환자의 경우 동반보호자 1인 포함

* 18세 미만인자 : 18세가 도래하는 날이 속하는 해의 12월 31일까지

□ 지원제외

○ 희귀난치성질환 및 중증질환과 무관한 병명으로는 지원 불가

○ 등록질환 진료·검사·치료 목적 외 사유로 병원 방문하는 경우(근로능력평가, 타병원으로 전원, 검사 결과 서류발급 등)는 지원 불가

* 단, 등록질환 관련된 전과인 경우 등록질환에 연관된 담당의사의 소견서 또는 진단서 제출, 검토 후 지급 결정

□ 지원내용

○ 도외 병원 진료를 위한 항공료 또는 선박료 실비(KTX, 열차비 등 현지교통비 제외)

○ 연 12회(예산범위 내, 도외 병원 진료 후 3개월 이내 신청 시 소급지원)

□ 지원기준

○ 진료일 또는 입·퇴원일 기준으로 전후 1주일 이내만 인정

○ 최초 신청의 경우 탑승 당일 산정특례 적용 받은 자에 한해 왕복항공료 지원

○ 항공료는 일반좌석에 한해 지원

*** 프레스티석 및 비즈니스석 이용 시 일반좌석 정상운임만 지원**

○ 선박료는 1등석까지 지원

○ 자격중지일까지 진료된 내역에 한해 지원

□ 지원방법

○ 지급방식 : 신청인(대상자) 통장입금 원칙

○ 지 급 일 : 매월 10일, 25일 지원

○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 [공통서식 1] 대리수령 신청서 작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부

※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

□ 구비서류

○ 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원신청서[서식6]

○ 탑승권(원본) 및 선박권(원본), 진료비 영수증(원본)

- 탑승권 및 선박권에 금액이 명시되지 않을 경우에
- 해당 항공(선박)금액, 여정이 명시된 영수증 첨부
- 탑승권 분실 시 탑승확인서 제출(성명, 여정, 금액표시)

○ 차상위본인부담경감대상자인 경우 개인정보제공동의서[서식6-1, 6-2]

□ 지원절차

대상자(가족) 신청접수* (읍면동)	⇒	관련서류 확인 후 지원요청 (읍면동→행정시)	⇒	지원 (행정시→대상자)

*신청서, 탑승권 및 선박권(원본) ,진료과 기재된 영수증(원본) 등

□ 행정사항

○ 교통비 신청 시 확인 및 안내 철저

○ 항공운임 외 수수료(발권, 취소, 변경) 및 부가서비스 지원 불가

- 단, 비동반 소아 서비스는 지원 가능(납부 영수증 증빙)

* 비동반 소아서비스 : 보호자 없이 혼자 비행기를 타는 어린이를 위해 항공사에서 제공하는 서비스

【서식 6】

희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원신청서

대 상 자		생 년 월 일		연 락 처	
주 소					
보호구분	□ 의료수급 □ 차상위	질 환 명		산정특례 번 호	
입금계좌	예 금 주( ) 은행명( ) 계좌번호( )				
신청금액	총(원)				

년월일	교통수단	교통비	진료병원 (진료과)	왕래지역	비고
	□항공 □선박				
	□항공 □선박				
	□항공 □선박				
	□항공 □선박				
	□항공 □선박				
	□항공 □선박				

위와 같이 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비를 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)
생 년 월 일 :
연 락 처 :
환자와의 관계 :

제주특별자치도 ○○시장 귀하

※ 구비서류 : **① 탑승권 및 선박권(원본) ② 진료과 기재된 영수증(원본)**
※ 각 항목별로 자세히 기재하여 주시기 바랍니다.

【서식 6-1】

개인정보 수집・이용・제공 동의서

정보 주체	성명		전화번호		산정특례등록번호	
	생년월일		주소			

1. 개인정보 수집・이용에 관한 동의

「개인정보보호법」제15조에 따라 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련하여 귀하의 개인정보를 수집・이용하고자 아래와 같이 관련사항을 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 개인정보의 수집・이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
② 수집하려는 개인정보의 항목 :
필수항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
선택항목 : 주소,전화번호
③ 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년
④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 **필수항목**에 대한 동의를 거부할 경우 서비스 제공에 제한을 받을 수 있습니다.

필수항목 : 동의함□ 동의안함□, **선택항목** : 동의함□ 동의안함□

2. 민감정보 처리에 관한 동의(포함 시)

「개인정보보호법」제23조에 따라 희귀난치성질환및중증질환자교통비지원업무와 관련, 아래와 같이 민감정보를 처리하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 민감정보의 수집.이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
② 수집하려는 민감정보의 항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
③ 민감정보의 보유 및 이용 기간 : 5년
④ 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 (희귀난치성질환및중증질환자교통비지원)의 제한을 받을 수 있습니다.

동의함□ 동의안함□

3. 고유식별정보 처리에 관한 동의(포함 시)

「개인정보보호법」제24조에 따라 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련, 아래와 같이 고유식별정보**(주민등록번호 제외)**를 처리하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 고유식별정보의 수집.이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
② 수집하려는 고유식별정보의 항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
③ 고유식별정보의 보유 및 이용 기간 : 5년
④ 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 (희귀난치성질환및중증질환자교통비지원)의 제한을 받을 수 있습니다.

동의함□ 동의안함□

4. 개인정보 제3자 제공

「개인정보보호법」제17조, 제18조에 따라 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련하여 귀하의 개인정보를 국민건강보험공단으로부터 제공받기 위하여 아래와 같이 관련사항을 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 개인정보를 제공받는 자 : 성명(단체명) 연락처 064- / 010-
② 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비지원
③ 제공하는 개인정보의 항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
④ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년
⑤ **동의서의 유효기간 : 동의일로부터 5년 또는 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비지원 업무 수행기간(필요시)**
⑥ 귀하는 본건 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련하여 귀하의 개인정보 수집・이용**・제공**에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 (희귀난치성질환및중증질환자교통비지원)의 제한을 받을 수 있습니다.

동의함□ 동의안함□

년 월 일

동의인 (서명 또는 인)

【서식 6-2】

개인정보 수집・이용・제공 동의서 (만14세 미만인 경우)

정보 주체	성명		전화번호		산정특례등록번호	
	생년월일		주소			

법정 대리인	성명		전화번호	
	생년월일		주소	

※ 구비서류 : 가족관계증명서 등 법정대리인을 증명할 수 있는 서류

1. 개인정보 수집・이용에 관한 동의

「개인정보보호법」제15조에 따라 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련하여 귀하의 개인정보를 수집・이용하고자 아래와 같이 관련사항을 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 개인정보의 수집・이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
② 수집하려는 개인정보의 항목 :
필수항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
선택항목 : 주소,전화번호
③ 개인정보 보유 및 이용 기간 :
④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 **필수항목**에 대한 동의를 거부할 경우 서비스 제공에 제한을 받을 수 있습니다.

필수항목 : 동의함□ 동의안함□, **선택항목** : 동의함□ 동의안함□

2. 민감정보 처리에 관한 동의(포함 시)

「개인정보보호법」제23조에 따라 ○○○업무와 관련, 아래와 같이 민감정보를 처리하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 민감정보의 수집.이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
② 수집하려는 민감정보의 항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
③ 민감정보의 보유 및 이용 기간 : 5년
④ 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 (희귀난치성질환및중증질환자교통비지원)의 제한을 받을 수 있습니다.

동의함□ 동의안함□

3. 고유식별정보 처리에 관한 동의(포함 시)

「개인정보보호법」제24조에 따라 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련, 아래와 같이 고유식별정보**(주민등록번호 제외)**를 처리하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 고유식별정보의 수집.이용 목적 :제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
② 수집하려는 고유식별정보의 항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
③ 고유식별정보의 보유 및 이용 기간 :
④ 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 (희귀난치성질환및중증질환자교통비지원)의 제한을 받을 수 있습니다.

동의함□ 동의안함□

4. 개인정보 제3자 제공

「개인정보보호법」제17조, 제18조에 따라 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련하여 귀하의 개인정보를 국민건강보험공단으로부터 제공받기 위하여 아래와 같이 관련사항을 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

① 개인정보를 제공받는 자 : 성명(단체명) 연락처 064- / 010-
② 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적 : 제주특별자치도 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원사업
③ 제공하는 개인정보의 항목 : 성명,생년월일,건강보험증번호,상명코드,질환명,산정특례 적용기간(시작·종료일)
④ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년
⑤ 동의서의 유효기간 : 동의일로부터 5년 또는 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비지원 업무 수행기간(필요시)
⑥ 귀하는 본건 희귀난치성질환 및 중증질환자 교통비 지원업무와 관련하여 귀하의 개인정보 수집・이용**・제공**에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 (희귀난치성질환및중증질환자교통비지원)의 제한을 받을 수 있습니다.

동의함□ 동의안함□

년 월 일

동의인(법정대리인) (서명 또는 인)

7 저소득층 자녀 안경구입비 지원

◇ 저소득층 자녀 중 시력 교정이 필요한 학생에게 안경구입비 지원
◇ 사전 시력 저하 예방 및 경제적 부담 완화

□ 지원대상

○ 기초생활보장수급자 및 법정차상위계층*, 법정한부모가족 중
- 18세미만** 초·중·고 재학생 및 학교밖 청소년

* 차상위본인부담경감, 차상위장애인(장애아동수당), 차상위자활, 차상위계층 확인서 발급
** 18세 미만인자 : 18세가 도래하는 날이 속하는 해의 12월 31일까지

□ 지원내용

○ 1인당 안경(렌즈 등) 구입비 최대 10만원 범위내

□ 지원방법

○ 신청인(대상자) 계좌에 현금지급 원칙
○ 대상자 명의 금융 계좌로 입금할 수 없는 특별한 사유가 있을 경우 지급 대상자의 동의를 얻어 대리인 계좌로 입금할 수 있으며 [공통서식 1] 대리수령 신청서 작성 및 관계 입증이 가능한 증빙서류 첨부

※ 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용

□ 지원절차

대상자(가족) 신청접수* (읍면동)	⇒	신청서 진달 (읍면동→행정시)	⇒	대상자 확인 및 검토 (행정시)	⇒	· 결정통보 (행정시→읍면동) · 지 원 (행정시→대상자)

* 신청서, 처방전(신청일기준 3개월 이내 발급서류), 안경구입영수증(원본), 통장사본

□ 행정사항

○ 연 1회 지원이 원칙이나, 최대 10만원 범위내에서 2회까지 지원
○ 신청일 기준 3개월 이내 병·의원에서 발급된 처방전만 인정
- 단, 2차 신청시 [서식7-1] “안경구입확인서” 로 대체 가능
(1차 신청시 제출한 처방전 확인 必)

【서식 7】

저소득층 자녀 안경구입비 지원신청서

○ 신청차수 : 1차□ / 신청차수 : 2차□(1차 지원일자 :)

지원구분	기초생활수급 □ 법정차상위계층 □ 법정한부모 □					
신청인	성 명		생년월일		대상자와의 관계	
	주 소	(☎)				
대상자	**성 명**		**생년월일**			
	주 소	**(☎)**				
	처방전 발급일자		**처방전 발급 병원명**			
신청금액	금 원					
입금계좌	예 금 주( ) 은행명( ) 계좌번호( )					

위와 같이 저소득층 자녀 안경구입비 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)
대상자와의 관계 :

제주특별자치도 ○○시장 귀하

개인정보 수집·이용 동의서

「개인정보보호법」 제15조**(개인정보의 수집·이용)**에 따라 저소득층 자녀 안경구입비 지원 업무와 관련하여 개인정보의 수집 및 이용에 동의하여 주시기 바랍니다.

ㅇ 수집하려는 개인정보의 항목 : **성명, 생년월일, 연락처(휴대전화) 등 신청서 기재내용**

□ 동의함 □ 동의안함 동의인 (서명 또는 인)

※ 구비서류 : **① 안경·렌즈 등 처방전(신청일기준 3개월 이내 발급)**
② 안경구입영수증(원본) ③ 통장사본
※ 각 항목별로 자세히 기재하여 주시기 바랍니다.

【서식 7-1】

안경 구입 확인서<안경원 확인용>

대상자	성명	생년월일
		연락처

내 역	종 류	☐ 안경 ☐ 렌즈
	시 력	좌: 우:
	구 입 일	20 년 월 일
	구입가격	원

위와 같이 안경(렌즈)을 구입하였음을 확인합니다.

년 월 일

구입처(안경원)

대표자 성명 (직인 또는 인)

제주특별자치도 ○○시장 귀하

유의사항
1. 안경원 대표자 직인 또는 도장이 날인된 확인서만 인정됩니다. ※대표자 서명은 불가

210㎜× 297㎜[백상지 80g/㎡]

공통서식

[공통 서식] 대리수령 신청서 *기초생활보장사업안내 서식15서식 참조

대리수령 신청서

수급자 (신청인)	**성명**	**생년월일**	**성별**
	전화번호	**휴대전화번호**	
	주소		
	신청 사유	[ ] 채무불이행으로 금전채권이 압류된 경우 [ ] 성년후견, 한정후견, 특정후견 선고를받은 경우 (민법상 후견인 계좌로 입금) [ ] 치매 또는 그밖에 사유로 거동이 불편한 경우	
	수령기간	년 월부터 년 월까지 (개월간)	
대리 수령인	성명	생년월일	
	전화번호	휴대전화번호	
	주소		
	수급자와의 관계		

본인은 위와 같이 ( )지원 대리수령을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리수령인 (서명 또는 인)

제주특별자치도 ○○시장 귀하

첨부서류

1. 수급자 및 대리수령인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류**(신분증)**
2. **대리수령인의 통장사본**
3. 수급자가 다음 사항에 해당함을 증명할수 있는 서류: 지원대상자가 법적 조치로 인하여 통장 개설이 불가능한 사실, 성년후견, 한정후견, 특정후견 사실을 알수 있는 사실, 치매 또는 기타 사유로 거동이 불가능한 사실
4. 대리수령인과 수급자의 배우자, 직계혈족, 3촌 이내의 방계혈족임을 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 등)

유의사항

1. 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청할 경우에는 「형법」 제231조와 제232조에 따라 사문서 위조·변조죄로 5년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금에 처하게 됩니다.
2. 기초생활보장법 제27조의 3, 동법 시행령 제36조의3, 동법 시행규칙 제41조의2 준용