

산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원

- ❖ 출산가정에 건강관리사 파견으로 산모의 산후회복과 신생아 양육지원
- ❖ 산모·신생아 건강관리사 양성을 통해 사회적 일자리 창출

I 지원개요

○ 지원목적

- 자택에서 산후조리를 원하는 출산가정의 서비스 비용(정부 바우처, 본인부담금) 지원을 통한 경제적 부담 완화로 출산을 장려하는 분위기를 조성하여 저출산 극복에 기여

○ 지원근거

- 「경상북도 모자·부자보건 및 출산장려 지원에 관한 조례」제5조

○ 필요성

- 출산 가정의 산후 조리비용에 따른 경제적 부담을 경감하고 산모 신생아 건강관리사의 전문적인 산후 관리와 신생아 양육지원

○ 추진경과

- ('22. 1월) 복지부 사회보장 협의 없이 본인부담금 100% 지원
* 최대 서비스 기간 15일
- ('23. 1월) 보건복지부 사회보장 협의 시행
- ('23. 7월) 세쌍둥이 가정 서비스 기간 20일로 확대
- ('23. 10월) 산모신생아 건강관리 서비스 본인부담금 지원 사회보장 협의 완료 * 협의사항 : 90% 지원, '24. 1월부터 적용
- ('24. 1월) 도내 모든 출산가정에 소득기준 관계없이 정부바우처 지원 확대, 본인부담금 90%(서비스 기간 최대 15일)
* 세쌍둥이 이상 가정 25일 지원, 신생아 수에 비례하여 건강관리사 파견

- 사업기간 2026. 1 ~ 12월
- 사업대상
 - 산후 회복과 신생아 양육지원을 희망하는 도내 모든 출산가정
- 사업내용
 - 도내 출산 가정에서 산모신생아 건강관리 서비스 이용 시 정부지원 (바우처)과 본인부담금 90% 지원
 - ※ 서비스 최대 지원 기간 15일(세쌍둥이 이상 가정 최대 25일)
- 지원기준
 - 정부바우처 : 산모 주민등록 주소 경상북도
 - 본인부담금 : 산모와 출생아 주민등록 주소가 경상북도
 - ① 출생아 출생신고 반드시 “경상북도”
 - ② 임신 16주 이후 발생한 유산, 사산의 경우도 지원 대상 포함되나 그 이외는 반드시 출생신고 완료된 가정에 지원
 - ③ 장애의 정도가 심한 장애인 산모 및 이른둥이(미숙아) 출산의 경우 정부 서비스 바우처와 동일한 등급의 본인부담금 지원
- 지원방법

~ 2025년 12월말까지	2026년 바우처 발급부터	비고
출산가정에 본인부담금 90% 환급 지원	서비스기관에 본인부담금 90% 지원	

- 지원내용
 - 바우처 지원 : 태아 유형, 출산 순위, 서비스 기간 선택 등에 따라 5일(단축) ~ 40일(연장) 기간 차등화
 - 본인부담금 : 서비스 구간별 최대 90% 지원(최대 서비스 15일 지원)
 - ※ 단, 세쌍둥이 이상 최대 서비스 25일, 서비스 요금 [붙임 2] 참조

- 유형별 지원 현황

유 형	바우처	본인부담금 최대 지원	비고
단태아 첫째아	5 ~ 15일	15일	본인부담금의 최대 90% 지원
단태아 둘째 이상 ~ 쌍태아	10 ~ 20일	15일	
삼태아 이상	15 ~ 40일	25일	
미숙아의 경우	1단계 상향 지원	1단계 상향 지원	

※ 미숙아 출산가정의 서비스 바우처 및 본인부담금 지원은 보건복지부 지침에 따라 지원 조건이 변경될 수 있음

○ 추진체계

추진주체		기능
경상북도	사업 총괄	○ 사업계획 및 사업지침 수립·시행 ○ 예산(도비) 편성 및 보조금 교부(도 → 시·군) ○ 예산 집행, 사업추진 상황 등 점검·관리
시·군	사업 지원	○ 본인부담금 지원 신청서 접수 ○ 본인부담금 지원 적격성 조사 및 결정 - 본인부담금 결정통지서 신청 가정 또는 출산 가정에서 계약한 서비스 기관에 발행 ○ 예산(시·군비) 편성 ○ 예산 집행, 사업추진 상황 등 점검·관리 ○ 본인부담금 지원(시·군 → 서비스 기관) ○ 서비스 이용 관련 안내(본인부담금 지원 내용 등)
서비스 제공기관	사업 수행	○ 산모·신생아 건강관리서비스 제공 ○ 본인부담금 비용 청구(제공기관 → 시·군) - 출산가정 10% 선납 - 시·군 보건소 90% 지원 ○ 서비스 이용 관련 안내(본인부담금 지원 내용 등)

○ 지원수준

- 정부바우처 : 정부지원 사업과 동일
- 본인부담금
- 유형별 기준으로 90%에 해당하는 본인부담금 일회 지원
 - ※ [붙임 2] 경상북도 지원금 참조
- 서비스 기간 연장은 각 유형별 지원 금액을 제외한 차액을 서비스 이용 산모가 부담
- 서비스 이용 기간 중 계약을 해지하는 경우 지원금은 일할 계산하여 지원하며, 해지에 따른 위약금 지원 불가

< 사례 예시 >

◆ 서비스 계약 종료일 전 서비스를 해지하는 경우

※ 출산 가정 부담금은 제공기관과의 계약 내용에 따라 달라질 수 있음

▶ 단태아 첫째 A-가-①형 (단축)

✓ 서비스 기간 '단축' 계약한 경우 : 서비스 기간 5일 중 3일만 서비스 이용 시

- ♦ $(73,000\text{원} \div 5\text{일}) \times 90\% = 13,140\text{원}$ (1일 지원 단가)
- ♦ $13,140\text{원} \times 3\text{일} = 39,420\text{원}$ (경상북도 지원)

▶ 단태아 둘째 A-통합-②형 (연장)

✓ 서비스 기간 '연장' 계약한 경우 : 서비스 기간 20일 중 13일만 서비스 이용 시

- ♦ $(671,000\text{원} \div 15\text{일}) \times 90\% = 40,259.9\text{원}$ (1일 지원 단가)
- ♦ $40,259.9\text{원} \times 13\text{일} = 523,380\text{원}$ (경상북도 지원) *원단위 반올림 지원

◆ 미숙아 및 장애 산모 출산 가정

- ♦ 단태아 첫째 : (당초) A-통합-①형 → (상향) B-통합-①형, B-통합-②형 중 선택
→ 본인부담금 : 서비스 바우처에 해당하는 본인부담금 지원

♦ 쌍태아 출산가정

(당초) B-통합-①형 → (상향) 삼태아 인력 2 C-통합-①형, 삼태아 인력 3 C-통합-②형 중 선택
→ 본인부담금도 15일에서 25일까지 지원

※ 미숙아 출산 가정에 대한 구체적 대상자는 26년 복지부 산모신생아 건강관리지원사업 지침 준수

• 서비스 비용 1일당 단가 안내

(단위 : 천원)

1일당 단가	단태아	쌍태아		삼태아		사태아 이상	
		1명	2명	2명	3명	2명	4명
	146.4	183.2	284.8	369.6	427.2	398.4	569.6

※ 그 이외 자세한 사항은 정부지원 「2026년 산모·신생아 건강관리지원」 참조

<본인부담금 지원 방법>

이용자	시·군	제공기관
■ 본인부담금 지원 신청서 신청 ■ 이용 계약서 작성 (이용자 ↔ 제공기관)	■ 본인부담금 지원 결정 (구비서류 등 검토) ■ 결정 내용 통보 (신청인 또는 서비스 기관) ■ 본인부담금(보조금) 제공 서비스 기관에 교부 (시·군 → 제공기관)	■ 산모신생아 서비스 제공 ■ 본인부담금(보조금) 비용 청구(제공기관 → 시·군) ※ 신청 : 방문, 우편

1 본인부담금 지원 신청

○ 신청대상

- 바우처 신청일부터 서비스 종료일까지 산모와 출생아 주민등록 주소가 반드시 경상북도(주민등록을 한 재외국인 포함)
 - ① 출생아의 경우 반드시 '경상북도'에 출생신고
 - ② 임신 16주 이후 발생한 유산, 사산의 경우 확인일로부터 30일 이내 신청하여 바우처가 발행된 경우
 - ③ 장애의 정도가 심한 장애인 산모 및 이른둥이(미숙아) 출산의 경우 정부 서비스 바우처 등급과 동일한 등급의 본인부담금 지원
- 외국인 등록(적법한 유효 기간 내의 등록 또는 등록 절차 진행 중임을 확인 가능한 경우)

- ※ 부부 모두가 외국인인 경우 각 국내 체류자격 비자(사증) 종류가 F-2(거주), F-5(영주), F-6(결혼이민)인 경우에 한함
 - * 외국인 체류자격은 「2025년 산모신생아 건강관리 지원사업 안내」
- ※ 산모 본인, 친족, 법정대리인, 담당공무원(직권신청)
 - * 친족범위(민법 제777조) : 배우자, 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 혈족
 - * 담당공무원이 직권 신청하는 경우 발급 대상자의 동의를 받아야 하며, 동의를 받는 경우는 발급 대상자가 신청한 것으로 봄

○ 신청방법

< '25년 12월말까지 발급된 바우처 >

- 일반 산모 : 주민등록 주소지 관할 보건소에 환급 신청
 - 직접 방문, 온라인(보조금 24) 신청
- *예외 산모 : 서비스 제공기관에서 산모 주민등록 주소지 관할 보건소에 서비스 완료 후 사후 청구(서비스 종료 일 다음날부터 90일 내)

※ 예외 산모

- 서비스 바우처 '가'형 발급 가정으로 자격 확인 대상
 - * 산모 또는 배우자가 생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위 계층인 경우
- 청소년 한부모(24세 이하)
- 미혼모 시설 입소자(비인가 시설 제외)
 - ※ 청소년 한부모, 미혼모 시설 입소자의 경우 대상 선정 시 소득 기준 적용하지 않음

< '26년 1월부터 발급된 바우처 >

- 서비스 제공기관에서 산모 주민등록 주소지 관할 보건소에 서비스 완료 후 사후 청구(서비스 종료 일 다음날부터 90일 내)
- 직접 방문, 우편 접수 가능

○ 신청서류

< '25년 12월말까지 발급된 바우처 >

- 일반 산모
 - 신청인(대리 신청인) 신분증(주민등록증 또는 외국인등록증, 비자)
 - * 대리신청의 경우에는 위임장, 신청인과 대리 신청인의 관계를 확인할 수 있는 서류
 - 산모와 출생아의 주민등록등본
 - 본인부담금 지원 청구서 [서식 1], 영수증 [서식 2]
 - * 카드 영수증, 현금 영수증 제출하는 경우에도 [붙임 2] 영수증 필수로 제출, 간의 영수증 제외
 - 통장사본(산모/배우자) * 배우자 통장사본 : 가족관계 증명서 제출
 - ※ 임신 16주 이후 발생한 유산·사산의 경우 의사 소견서·확인서 또는 사산(사태) 증명서 첨부

- 예외 산모

- 본인부담금 결정통지서[서식 4]
 - 본인부담금 청구서/서비스 제공 명단[서식 3]
 - 관리사 출퇴근 확인 자료(전자바우처 홈페이지에서 다운로드하여 서비스 기관장 직인 날인)
 - 사업자등록증 사본(원본대조필), 통장사본(기관 통장)
 - 산모와 출생아(도 내 출생신고)의 주민등록등본, 시설 입소 확인서
 - 서비스 기간 중 계약이 해지 된 경우「산모·신생아 건강관리지원 사업 서비스 해지 통보서」[서식 5] 첨부
- ※ 임신 16주 이후 발생한 유산·사산의 경우 의사 소견서·확인서 또는 사산(사태) 증명서 첨부

< '26년 1월부터 발급된 바우처 >

- 본인부담금 결정통지서[서식 4]
- ※ 신청 가정에 발행하는 것이 원칙이나, 원활한 서비스 지원을 위해 출산가정과 계약한 서비스 기관에 발행 가능
- 본인부담금 청구서(기관용)/서비스 제공 명단[서식 3]
 - 관리사 출퇴근 확인 자료
- ※ 서비스 제공 기록지 사본에 서비스 기관장 직인 날인 후 제출
- 사업자등록증 사본(원본대조필), 통장사본(기관 통장)
 - 산모와 출생아(도 내 출생신고)의 주민등록등본 사본(생년월일 확인 가능)
- ※ 산모와 출생아 주소가 다른 경우 가족관계증명서 제출
- ※ 서비스 바우처 신청 시 행정정보 공동이용 동의서를 제출한 경우 주민등록등본 제출 생략 가능
- 서비스 기간 중 계약이 해지 된 경우「산모·신생아 건강관리지원사업 서비스 해지 통보서」[서식 5] 첨부
- ※ 임신 16주 이후 발생한 유산·사산의 경우 의사 소견서·확인서 또는 사산(사태) 증명서 첨부

○ 신청기한

- 서비스 종료 일 다음 날부터 90일 내 신청

② 본인부담금 지원 결정

○ 지원 결정

- 담당자는 구비서류를 검토하여 본인부담금 지원 여부 확인 후 지급
- 유의 사항
 - 바우처 신청 여부
 - 산모(주민등록 주소)와 출생아(출생신고와 주민등록 주소) 지원 조건 확인

○ 지급 방법

< '25년 12월말까지 발급된 바우처 >

- 일반 산모 : 산모(배우자) 통장/ 예외 산모 : 서비스 제공기관

< '26년 1월부터 발급된 바우처 >

- 서비스 제공기관에 본인부담금 최대 15일, 90% 지원
 - ※ [붙임 2] 요금표(경상북도 지원) 참조

③ 서비스 제공

○ 서비스 제공 서비스

- 1일 8시간, 1주간 5일, 서비스 개시일로부터 연속해서 제공
 - 토요일과 공휴일(「관공서의 공휴일에 관한 규정」제2조에 의한 공휴일, 근로자의 날, 법정 공휴일)은 제외
 - 다만, 이용자의 사정 등으로 부득이하게 서비스 제공 요일 등을 원칙과 달리 정하고자 하는 경우는 이용자와 제공자 간 협의를 통해 서비스 일자 조정 후 제공 가능(계약서 반드시 반영)
 - 서비스 기간 중 산모·신생아의 입원 등과 같이 불가피한 사유 발생으로 연속하여 서비스를 받을 수 없을 때는 유효기간(출산일로부터 90일 등) 범위 내에서 불연속적인 제공도 가능

○ 서비스 유효기간

- 복지부 2026년 산모·신생아 건강관리지원사업 지원 기준 준수

- 비용청구

- 서비스 종료일 다음날 부터 90일 내 청구 가능

- * 2026년 서비스 요금표 [붙임 2, 3] 참조

- 계약된 기간 동안 서비스 제공이 완료되지 못하고 중도 해지된 경우 [서식 5] 서비스 해지 통보서 반드시 제출

IV

행정사항

- 시·군(보건소) 홈페이지, 각종 소식지 등을 통한 사업 홍보
- 시·군에서는 본인부담금 지원 변경에 따른 관련 내용을 관내 서비스 기관을 대상으로 [붙임1]을 안내하고, 관련 내용을 안내받은 서비스 기관은 서비스를 계약한 산모에게 추가 안내할 것을 전달
- 「산모·신생아 건강관리원지원 본인부담금 지원」사업은 산모와 출생아의 주민등록 주소지가 경상북도인 출산가정에 본인부담금 90%까지 지원
 - 지원 대상자가 도내 타 시·군으로 전출한 경우 정부 바우처 발급 시·군에서 지원
 - 서비스 지원 대상자가 서비스 종료일 기준으로 타 시·도로 전출한 경우에는 지원하지 않음
 - *주민등록 등본 전출일 확인
- 「산모·신생아 건강관리원지원 본인부담금 지원」사업 실적
 - 분기별 실적(연4회, 4월, 7월, 10월, 1월)을 보고, 누계 실적 보고
- 기타 명시되지 않은 사항은 정부 지침에 준하여 추진

【서식 1】산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 청구서(출산가정용)

경상북도 산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원 청구서						
산모와 출생아의 주민등록상 주소가 경상북도(서비스 신청일부터 본인부담금 신청일까지)						
신 청 인	성명		생년월일		신청인과의 관계	
주 소						
전화번호	휴대전화		전자우편			
산모신생아 건강관리 서비스 본인부담금 지원대상	산 모(성명)		생년월일			
	출생아(성명)		생년월일			
	출생아(성명)		생년월일			
	출생아(성명)		생년월일			
서비스 기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일					
본인부담금 청구금액	본인부담금 발생액(제공기관 납부액)		₩1,000,000원(금일백만원)			
	청구금액 총액(본인부담금의 90%)		₩900,000원(금구십만원)			
은행명	예금주(산모)		*산모 본인 통장			
계좌번호						
< 유 의 사 항 >						확인 (✓체크)
1. 관계 법률에 따라 허위 또는 기타 부정한 방법으로 보조금을 지원받거나 타인으로 하여금 보조금을 지원받게 한 경우 등에는 보조금을 지급한 기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 보조금을 받은 자 또는 보조금을 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률이 정하는 방에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.						☐
2. 이 신청에 따라 보조금을 지원받은 신청인이 주민등록주소나 출산 증빙자료 등 허위로 신고한 경우 지원받은 보조금은 환수될 수 있으며, 관계 법률에서 정하는 바에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등이 부과될 수 있습니다.						☐
3. 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 이 보조금 지원에 필요한 금융정보 등을 확인하는 것에 동의합니다.						☐
4. 「개인정보 보호법」 제17조(개인정보의 제공)에 따른 이용 동의로 시·군 보건소에서 보조금 지원에 필요한 개인정보 등을 확인하는 것에 동의합니다.						☐
본인은 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 「경상북도 모자·부자보건사업 및 출산장려사업 지원 조례」 제5조 8항에 따라 위와 같이 경상북도 산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금을 청구합니다. 청구인¹⁾ 성명 : 서명 또는 날인 (대리 청구인) 20 년 월 일 ○○○ 시장·군수 귀하						
※ 첨부서류 : 신청인 신분증, 산모와 출생아 주민등록등본, 영수증, 통장사본						

* 대리인이 청구 경우 반드시 가족관계를 확인할 수 있는 자료 제출

본인부담금 영수증(제공기관 보관)

- 이용자명 : (서명) / 생년월일 :
○ 바우처 소득 유형 : - - 형,
○ 서비스 유형 : ☐ 단축형, ☐ 표준형, ☐ 연장형
(이용기간 : 20 . . . ~ 20 . . .)
○ 서비스 가격 : 원
(정부지원금 : 원, **본인부담금** 원)

위와 같이 본인부담금을 **20 년 월 일에 수령**하였음을 확인합니다.

20 . . .

제공기관명 : (직인)

본인부담금 영수증(이용자 보관 및 제출용)

- 이용자명 : (서명) / 생년월일 :
○ 바우처 소득 유형 : - - 형,
○ 서비스 유형 : ☐ 단축형, ☐ 표준형, ☐ 연장형
(이용기간 : 20 . . . ~ 20 . . .)
○ 서비스 가격 : 원
(정부지원금 : 원, **본인부담금** 원)

위와 같이 본인부담금을 **20 년 월 일에 수령**하였음을 확인합니다.

20 . . .

제공기관명 : (직인)

【서식 3】산모·신생아 건강관리지원사업 서비스 본인부담금 신청서(서비스 기관용)
산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원 신청서(기관용)

청구금액	산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 비용 청구				금 원			
	₩							
청구내역 (건수)	20 년 월 일 일 ~ 20 년 월 일 (건)							
기 관 명					대표자			
기관주소								
전화번호				제공기관 등록번호				
은 행 명		계좌번호				예금주		
위와 같이 청구합니다. 년 월 일 청구인 ○○○○ (인) ○○○보건소장 귀하								
※ 첨부서류 • 본인부담금 청구서/서비스 제공 명단[서식3], 서비스 기록지 사본(기관 대표 직인) • 본인부담금 지원 결정통지서[서식4] • 사업자등록증 사본(원본대조필), 통장사본(기관 통장) • 산모와 출생아(도 내 출생신고)의 주민등록등본 • 가족관계증명서(산모와 출생아 주소가 다른 경우) • 서비스 기간 중 계약 해지 : 산모·신생아 건강관리지원사업 서비스 해지 통보서[서식 5] 첨부								

【서식 3 뒷면】산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 청구서(서비스 기관)

연번	산모 성명	관리사 성명	바우처코드	서비스 기간	영수금액	청구금액
합계	00명	-	-	-	00원	00원

【서식 4】산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원 결정 통지서

산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원			☐ 결 정 ☐ 변경·정지·중지·상실			통지서		
---	--	--	---	--	--	------------	--	--

신청인/ 세대주	성 명		생년월일		전화번호	
	주 소				휴대전화	
					전자우편	

서비스 대상자		생년월일		출산 (예정)일	
------------	--	------	--	-------------	--

(단위 : 원)

구분	서비스 유형	서비스 일수	본인부담금		정부바우처	서비스 총액
			경북지원	출산가정 부담		
본인부담금						

※ 본인부담금 지원 금액 : 산모신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원금액 산정표에 의함

1. 귀하는 경상북도 산모·신생아 건강관리지원사업 본인부담금 지원 대상으로 결정되었음을 알려드립니다.
☐ 첫째아 ☐ 둘째아 ☐ 셋째아 ☐ 쌍태아(인력1명) ☐ 쌍태아(인력2명)
☐ 삼태아(인력 2명) ☐ 삼태아(인력 3명) ☐ 사태아(인력 2명) ☐ 사태아(인력 4명)
2. 귀하의 본인부담금은 서비스 종료 후 시·군에서 제공기관으로 지급됩니다.
3. 제공기관 현황을 참고하시어 원하시는 서비스 제공기관을 선택하시면 됩니다.
 ※ 서비스 제공기관은 도 내 제공기관 뿐만 아니라 타 시도 제공기관도 이용하실 수 있습니다.
4. 본 통지서는 서비스 개시일에 방문도우미에게 제출하여 주시기 바랍니다.
5. 기관에서는 서비스 완료 후 본인부담금 지원등에 관한 청구서류를 구비하여 시·군 보건소로 비용청구 바랍니다.

※ 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제19조제7항제3호 및 동법 시행규칙 제13조제3항제3호에 의거 이
 용자 유치를 목적으로 금전, 물품, 향응, 노무, 그 밖의 이익을 제공하거나 제공할 것을 약속하는 행위는 보건복지부령
 에서 정하는 부정한 행위로 규정.

※ 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제15조(이용자 등의 준수사항)제2항 사회서비스를 대신 하여 대
 가성이 있는 금전 등 어떠한 금품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.

2026년 월 일

○○ 시·군 담 당 자 : ○○○○

문의전화 : (054) 000-0000

【서식 5】 산모·신생아 건강관리지원사업 서비스 해지 통보서

산모·신생아 건강관리지원사업 서비스 해지 통보서				
이용자	성 명		생년월일	
	주 소		휴대전화	
제공기관	명 칭		사업자등록번호	
	소재지		전화번호	
서비스 이용기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일			
서비스 일수			잔여서비스 일수	
상기 해지 당사자(이하, ‘이용자’, ‘제공자’라 한다)는 ‘산모·신생아 건강관리지원사업 서비스 해지 중단 통보서’를 작성하고 기명날인 한 후 각 1통씩 보관한다. ※ 이용자와 제공기관은 각각의 서비스 해지 통보서를 관할 보건소로 제출하여 주시기 바랍니다.				
20 년 월 일				
계약당사자 서비스 이용자 (서명) 대리인 (서명)				
서비스 제공자 (직인 또는 서명)				