

등록번호	치매마음건강과 -601
등록일자	2026. 1. 14.
결재일자	2026. 1. 14.
공개여부	비공개(5)

주무관	마음건강팀장	과장		결
송하승	김지은	전결 2026. 1. 조효미		재
협 조 자				협조란의 결재 서열은 정해진 셀값으로 인해 순서가 바뀔수 있습니다.

2026년 정신질환자 자립지원 계획



전주시보건소
치매마음건강과



2026년 정신질환자 자립지원 계획

저소득층 정신질환자에게 자립지원비를 지원하여 정신질환자와 보호의무자의 경제적 부담을 경감하고 정신질환자의 사회복귀를 촉진시키고 사회통합을 도모

1 큰 거

- 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제4조(국가와 지방자치단체의 책무) 및 제79조(경제적 부담의 경감 등)
- 전주시 정신질환자 자립지원 등에 관한 조례

2 추진개요

- 사업기간 : 연중
- 총사업비 : 40,500천원(시비 100%)
- 지원인원 : 75명
- 지원내용 : 월 45,000원(15일×3,000원) 교통비 명목의 지원금 지급
- 지원대상 : 정신재활시설 및 정신건강복지센터 등록 정신질환자

3 세부 추진계획

- 지원기준 : 신청일 기준 전주시에 주소를 두고 있는 자로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 자
 - 소득기준: 건강보험료 기준 중위소득 100% 이하
 - 지원자격: 정신재활시설 등에 등록되어 3개월 이상 재활프로그램 참여 또는 취업한 자 중 신청일 기준 지속적인 약물치료를 받고 있는 자 ※약물치료가 불필요한자는 진료소견서(3개월이내) 첨부
 - 의무사항: 보호의무자 상담기록지(매월),
취업 정신질환자 자조모임 참석 서류(분기별)
가족교육 증빙서류(반기별)
- ※ 보호의무자 가족교육은 내소 및 가정방문을 통한 교육, 유선상담 등 인정

○ 제출서류

- 지원신청: 본인 또는 직계존비속(부모, 자녀), 정신재활시설장 등이 대리 신청 가능하나, 지급은 본인 명의 계좌에 한해 지급함

본인제출서류	시설 제출서류
1. 자립지원비 신청서 1부. 2. 개인정보 수집·이용 및 <u>제공 동의서</u> * 각 1부. 2. 진료확인서(진료소견서) 또는 처방전 1부. 3. 가족관계증명서 및 통장사본 각 1부. 4. 가족관계단절소명서(해당 대상자) 5. 주민등록등본 1부 6. 소득기준 확인서류 - 건강보험증1부, 수급권자확인서 또는 건강보험료 납부확인서 1부. * 5. ~ 6. : <u>개인정보제공동의서</u> 로 같음	1. 보호의무자 상담 기록지(매월) 2. 취업 정신질환자 자조모임 참석 서류(분기별) 3. 보호의무자 가족교육 참석 확인 서류(반기별)

4

금후계획

- 자립지원 대상자 신청 접수 : ~'26. 1. 30.
- 2026년 정신질환자 자립지원 대상자 확정 통보 : '26. 2. 11.한
- 2026년 1월분 자립지원비 신청 : '26. 2. 13.한
- 정신질환자 자립지원비 지급 : 매월 20일

- 붙임 1. 자립지원비 신청서 1부.
 2. 자립지원대상자 신청 명단(서식) 1부.
 3. 자립지원대상자 현황(서식) 1부.
 4. 월별 자립지원비 신청내역(서식) 1부. 끝.

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합 (지역+직장)
1인	2,565,000	92,428	20,073	-
2인	4,200,000	151,148	83,625	152,775
3인	5,360,000	195,073	137,279	197,469
4인	6,495,000	236,378	172,901	240,050
5인	7,557,000	274,221	220,149	279,461
6인	8,556,000	309,777	264,935	318,043
7인	9,516,000	348,913	308,246	360,410
8인	10,475,000	390,974	357,158	410,439

※ 노인장기요양보험 미포함