

'26년 장애인활동지원 시 추가지원사업 추진계획

-
- ◆ 장애인 활동지원 국·도비지원 외에 시 추가지원을 통해 중증장애인의 자립생활 및 사회참여 증진을 도모하고자 함.
-

I 관련근거

- 장애인복지법 제55조(활동지원 급여의 지원)
- 장애인활동지원에 관한 법률 제3조(국가와 지방자치단체의 책무)

II 사업개요

- 지원대상 : 국비 장애인활동지원 급여를 받는 장애인 중 추가 지원을 희망하는 장애 정도가 심한 장애인
- 연령기준 : 만 6세 이상 ~ 만 65세 미만
- 사업내용 : 신변처리 등 일상생활에 어려움이 있는 장애인 가정에 활동지원사 파견 및 필요 서비스 제공
- 사업기간 : 2026년 1월 ~ 12월(12개월간)
- 사업량 : 15명 내외(※ '25년 사업추진 실적 : 평균 20명)
- 지원기준 : 월 20시간(345,400원) 이내
 - ※ (국비) 활동지원 사업 시간당 지원단가 기준 17,270원(심야, 휴일에도 동일 단가 적용)
- 사업예산 : 65,000천원(시비 100%)
- 자격중지 : 국고지원 서비스가 중지되는 경우 자동 중지

III 세부추진 계획

1 사업량 : 15명 내외

구 분	활동지원	지원한도액	최대지원시간	비고
장애인활동지원 시(市) 추가지원	◦ 신체활동지원 - 식사, 실내이동 등 ◦ 가사활동지원 - 청소, 세탁 등 ◦ 사회활동지원 - 등하교, 외출동행 등	345,400원/월	20시간/월	본인 부담금 없음

2 신청방법

- 신청인 : 본인(이웃, 후견인, 친인척, 제공기관 대리신청 가능)
- 신청방법 : 활동지원서비스 추가지원 신청서 제출[붙임2]
 - 장애인 편의 도모를 위해 기존 수혜자는 제공기관 일괄 신청 가능
- 접수처 : 주민등록상 면·동사무소
- 신청기간 : 1월 신청(예산범위 내 연중 신청 가능)

3 지원절차

- ① 장애인 활동지원서비스 추가지원 신청서 접수[붙임2](면·동)
- ② 「활동지원 추가지원 확인 조사서」 작성[붙임3], 시 제출(면·동)
- ③ 「활동지원 추가지원 확인 조사서」 참고하여 추가시간 결정(시)
- ④ 활동지원 시비 추가지원 확정내역 제공기관에 통보(시)
- ⑤ 활동지원 시비 추가지원 서비스 제공(제공기관)

4 활동지원기관

- 장애인 본인이 이용하는 활동지원(국비지원) 제공기관 이용
- 활동보조 추가지원 이용계약서는 기존계약서와 별도 작성
 - 장애인 편의 도모를 위해 지원대상자 일괄 신청 지원
- 활동보조 추가지원 비용은 제공한 달의 다음 달 10일까지 청구
- 기타 관련절차는 복지부「장애인활동지원 사업안내」 준용

5 비용정산

- 활동지원 시간에 대해 시간당 17,270원 기준으로 정산 교부
- 정산방법은 관련서류를 첨부하여 수기청구 (본인부담금 없음)
- 제공기관은 추가시간 제공 시 비용 별도 청구[붙임 5, 6]
- 국비보조사업으로 제공되는 등급별 인정시간 및 도 추가지원 사업 인정시간을 초과하여 사용한 시간만 비용 청구 가능

IV 행정사항

- 장애인활동지원 추가지원 신청·접수 및 확인조사(면·동)
- 장애인활동지원 추가지원 시간 결정 및 통지(사업부서)
- 장애인활동지원 추가지원 신청 및 비용 청구(제공기관)
- 기타 절차 및 세부사항은 국비 지원 사업으로 시행되는 보건복지부 「장애인 활동지원사업안내」에 준함

붙임 서식

[붙임 1] 장애인활동지원 시비 추가 지원 선정기준

[붙임 2] 장애인활동지원 시비 추가지원 신청서

[붙임 3] 장애인활동지원 시비 추가지원 대상 확인조사서

[붙임 4] 외상장애 확인서

[붙임 5] 장애인활동지원 시비 추가지원 이용대금 신청서

[붙임 6] 장애인활동지원 시비 추가지원 비용 내역서

[붙임 7] 위임장

장애인활동지원 시비 추가지원 선정기준

※ 중복체크 불가

항목	대상	지 원 기 준	月 최대 지원시간 (시간/월)	비고
1	성인	본인이 희귀난치성 질환 (보건소 등록 또는 진단서 상병 코드 확인) 또는 와상장애 인으로 전신마비 로 전혀 움직일 수 없는 최종증 장애인 (※ 제공기관장 확인, 면동장 확인, 시장군수 결정)	20	
2		본인이 정기적으로 사회활동을 정기적으로 경우 - 직업, 교육, 재활치료 등을 위해 정기적으로 주거공간을 벗어나 특정한 장소를 방문 또는 이용하는 것을 의미 - 정기적이라함 월 10회이상 또는 이에 상응하는 일정한 간격을 가지는 것 (예) 특정요일, 며칠 간격, 주 몇 회 등)	20	
3		가족 전체의 사회활동으로 인한 보호자 부재시 (가족 전체의 사회활동으로 인해 보호자 부재란 9~18시중 보호자가 사회(생계)활동을 위해 주거공간을 벗어나 장애인이 同시간중 혼자 생활하는 것을 의미)	20	
4		중복장애가 있을 경우 (장애인복지법상 중복장애로 등록된 경우에 한함)	20	
5		수급자를 제외한 가구구성원이 만18세이하 학생, 만 75세이상 노인으로만 구성된 경우 (※사실상 준독거가구)	20	
6		외출준비에 도움이 필요한 경우	20	
7		활동지원사와 의사소통이 어려운 경우 (※청각, 언어장애 등록장애인)	20	
1	아동	아동이 희귀난치성질환 또는 와상장애 인으로 전신을 전혀 움직일 수 없는 최종증 장애아동	20	
2		통학(학교) 및 복지시설, 치료실을 정기적으로 이용하는 경우 (월10회이상, 이에 상응하는 일정간격을 가지는 것)	20	
3		활동지원사와 의사소통이 어려운 장애아동의 경우 (※청각, 시각, 언어장애, <u>뇌병변</u> , 지적장애, 자폐성장애 포함)	20	
4		그 밖의 성인 3~6항에 해당되는 아동지원 대상자	20	

장애인활동지원 시비 추가지원 신청서

성명		주민등록번호								-
주소		연락처								
서비스 이용기관명		기관 연락처								
추가지원 사유										
추가지원 시 희망서비스 내용										
위와 같이 활동보조 서비스 추가지원을 신청하며, 신청 내용이 사실과 다른 경우에는 급여(서비스) 지원이 변경되더라도 이의를 제기하지 않겠습니다. 2026. . . 신청인 : (서명 또는 인) 대리인 : (서명 또는 인) 계 룡 시 장 귀하										
<구비서류> 1. 재학증명서, 건강보험자격득실확인서, 사회활동 또는 통학, 복지시설·치료실 이용을 증명할 수 있는 서류 각 1부. 2. 희귀난치성질환 환자의 경우 이를 증명할 수 있는 서류 각 1부. 3. 그밖에 시장이 지원여부 및 지원시간 결정을 위하여 필요하다고 판단하는 서류 각 1부. ※ 등록 장애유형은 관계 공부로 확인										

장애인활동지원 시비 추가지원 대상 확인조사서

항목	대상	지 원 기 준	月 최대 지원시간 (시간/월)	해당항목 표시 (V)	
				제공기관	면동
1	성인	본인이 희귀난치성 질환 (보건소 등록 또는 진단서 상병코드 확인) 또는 와상장애인 으로 전신마비로 전혀 움직일 수 없는 최중증 장애인 (※ 제공기관장 확인, 면동장 확인, 시장군수 결정)	20		
2		본인이 정기적으로 사회활동을 정기적으로 경우 - 직업, 교육, 재활치료 등을 위해 정기적으로 주거공간을 벗어나 특정한 장소를 방문 또는 이용하는 것을 의미 - 정기적이라함 월 10회이상 또는 이에 상응하는 일정한 간격을 가지는 것 (예) 특정요일, 며칠 간격, 주 몇 회 등)	20		
3		가족 전체의 사회활동으로 인한 보호자 부재시 (가족 전체의 사회활동으로 인해 보호자 부재란 9~18시중 보호자가 사회(생계)활동을 위해 주거공간을 벗어나 장애인이 동시간중 혼자 생활하는 것을 의미)	20		
4		중복장애가 있을 경우 (장애인복지법상 중복장애로 등록된 경우에 한함)	20		
5		수급자를 제외한 가구구성원이 만18세이하 학생, 만 75세이상 노인으로만 구성된 경우 (※사실상 준독거가구)	20		
6		외출준비에 도움이 필요한 경우	20		
7		활동지원사와 의사소통이 어려운 경우 (※청각, 시각, 언어장애 등록장애인)	20		
1	아동	아동이 희귀난치성질환 또는 와상장애인 으로 전신을 전혀 움직일 수 없는 최중증 장애아동	20		
2		통학(학교) 및 복지시설, 치료실을 정기적으로 이용하는 경우 (월 10회이상, 이에 상응하는 일정 간격을 가지는 것)	20		
3		활동지원사와 의사소통이 어려운 장애아동의 경우 (※청각, 시각, 언어장애, 뇌병변, 지적장애, 자폐성장애 포함)	20		
4		그 밖에 성인 3~6항에 해당되는 아동지원 대상자	20		

※ 기타 사항이 있을 경우 별지 작성 가능함

2026. . .

000 제공기관 신청제출 직위 : 성명 : (인)

000 면·동 조사확인 직급 : 성명 : (인)

[붙임 4] [제공기관 및 변동 작성]

와상장애 확인서				
신청인 (장애인)	성명		생년월일	-
장애상태 확인				
확인항목	수행능력			확인
개인위생	치아(의치)닦기, 머리 빗기, 손 닦기, 세수하기, 면도, 화장하기에 있어 전적으로 의존적이거나 한, 두가지만 스스로 수행 가능			
목욕	목욕장소로 이동시키고 목욕도구를 준비해주어도 타인의 도움이 필요			
식사하기	스스로 음식섭취가 불가능하거나 타인이 숟가락에 밥이나 반찬을 올려주면 입으로 가져가서 먹을 수 있는 정도			
용변처리	화장실로 이동, 옷 벗고 입기, 화장지 사용, 회음부 위생의 모든 과정에서 전적인 도움 필요			
옷 입기	전적으로 의존적이거나 팔 또는 다리를 옷에 끼울 수는 있는 정도만 수행할 수 있고 나머지 부분은 타인의 도움 필요			
배변·배뇨	기저귀나 흡수용 패드의 사용이 항상 또는 자주 필요			
보행	보행을 위해서 1사람 이상의 도움이 필요하고, 휠체어를 이용하기 위해서도 전적으로 또는 많은 부분에서 도움 필요			
신청인의 상태(근육 구축 정도 등) 직접 관찰, 신청인 및 보호자와 상담한 결과를 종합할 때 위의 확인항목 중 5가지 이상에 해당하고, 하루의 대부분을 실내에서 누운 자세로 지내거나 이동시 휠체어에 전적으로 의지해 생활하고 있는 것으로 판단됨 20 년 월 일 1차 확인자 : ○○ 활동지원기관 (활동보조인/전담인력) 성명 : (서명 또는 인) 활동지원기관장 성명 : (직 인) 2차 확인자 : ○○ 읍·면·동 직위(급) 성명 : (서명 또는 인) 읍·면·동장 성명 : (직 인)				
계 룡 시 장 귀하				

장애인활동지원 시비 추가지원 이용대금 신청서

사업자등록번호				대 표 자			
사업기관 명							
청 구 금 액							
은행/계좌번호		/					
서비스내역	인원 : 명	총 시간	_____시간	사용일수	_____일		
장애인 활동보조 추가지원사업 이용금액을 위와 같이 신청합니다. 2026. . . 신청자 : 사업기관명 및 대표자 성명 (직인) 계 룡 시 장 귀하							
구비서류 1. 비용내역서 2. 서비스 제공기록지(사본) 3. 통장사본							

장애인활동지원 시비 추가지원 비용 내역서

성명	주민등록번호	주소	추가 인정시간	추가 제공시간	청구금액	비고

※ 서비스 제공기록지를 첨부하여야 함.

[붙임 7] [장애인 작성, 제공기관 확인]

위 임 장				
위 임 자 (본 인)	성 명	장애인 성명	주민등록 번 호	장애인 주민등록번호
	전화번호	장애인 연락처	주 소	장애인 거주 주소
내 용	장애인 활동보조추가지원 시비 보조금 지급청구에 관한 일체 위임			
수 임 자 (제공기관)	제공기관명	활동지원서비스 제 공기관명	대표자 성명	제공기관 대표자 성명
	지정 시·군·구명 (지정번호)	제공기관으로 지정한 시군구명 지정번호	지정기간	(제공기관 지정 일자)
	위임기간	2026. 1월 ~ 서비스제공 종료일까지(자필) (시비지원금 대리청구 기간) 본인 또는 법정대리인 자필 작성		
위임자(본인)는 장애인 활동보조추가지원 시비보조금 지급청구에 관한 일체의 사항을 위 수임기관(제공기관)에 위임합니다. 2026. . . 위 임 자(본인) : (자필서명 또는 인감) 본인 확인 연락처 :				
※ 추가제출 서류 : 서비스제공기관 지정서 사본 1부.				