

인천광역시 제물포구 노인 스케일링 본인부담금 지원에 관한 조례

[시행 2026.07.01]
(제정) 2026.07.01 조례 제360호

관리책임부서명 : 건강증진과
관리책임전화번호 : 032-770-7612

제1조(목적) 이 조례는 인천광역시 제물포구 노인의 치아상실을 예방하고 구강건강증진을 위하여 스케일링 시술비 본인부담금 지원에 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- “노인 스케일링 본인부담금 지원사업”이란 인천광역시 제물포구(이하 “구”라 한다) 노인을 대상으로 치주질환 예방을 위하여 스케일링 시술에 관한 본인부담금을 지원하는 사업을 말한다.
- “건강보험 적용 연 1회 스케일링”이란 치아 표면에 쌓인 치태와 치석을 제거하는 시술을 말한다.
- “후속 처치가 있는 치주 스케일링”이란 치아 및 치근 표면에 치석과 치태를 제거한 후 치주 조직에 회복을 위하여 추가적인 처치를 포함하는 치주치료를 말한다.
- “본인부담금”이란 진료비 급여항목 중 본인일부부담금을 말한다.
- “지원대상자”란 다음 각 목의 대상을 말한다.

가. 의료급여수급권자: 「의료급여법」 제3조에 따라 의료급여를 받는 사람

나. 차상위 본인부담경감대상자: 「국민건강보험법 시행규칙」 제14조에 따른 본인부담액 경감을 인정받는 사람

다. 기준 중위소득 130% 이하인 자: 보건복지부장관이 급여의 기준 등을 활용하기 위하여 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 중앙생활보장위원회의 심의·의결을 거쳐 고시하는 국민 가구소득의 중위값 130%이하인 사람

제3조(지원계획) 인천광역시 제물포구청장(이하 “구청장”이라 한다)은 다음 각 호의 사항을 포함한 노인 스케일링 시술비 본인부담금 지원 계획을 매년 수립·시행하여야 한다.

- 사업의 기본 방향 및 세부 지원 방안
- 사업 자원 조달 및 재정 지원 방안
- 그 밖에 구청장이 필요하다고 인정하는 사항

제4조(지원대상) 지원대상자는 지원 신청일 기준으로 구에 6개월 이상 주민등록을 두고 실제로 거주하는 65세 이상 노인 중에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다.

- 의료급여수급권자
- 차상위 본인부담경감대상자
- 기준 중위소득 130% 이하인 자

제5조(지원범위) ① 구청장은 건강보험이 적용되는 연 1회 스케일링 또는 후속처치가 있는 치주 스케일링 시술비 총액 중 본인부담금을 예산의 범위에서 연 1회 지원할 수 있다.

② 스케일링 본인부담금은 보건복지부에서 고시한 「[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수](#)」를 준용한다.

제6조(지원신청 등) ① 제4조 및 제5조에 따라 지원을 받고자 하는 사람은(이하 “지원 신청자”라 한다) 별지 제1호서식의 지원신청서를 구청장에게 제출하여야 한다.

② 구청장은 지원 신청자에게 별지 제2호서식의 시술 의뢰서를 발급하여야 한다.

③ 지원 신청자는 시술을 받고자 할 때 시술의뢰서를 시술기관에 제출하여야 한다.

제7조(시술기관 선정) ① 노인 스케일링 본인부담금 지원사업에 참여를 원하는 관내 시술기관은 별지 제3호서식의 참여신청서를 구청장에게 제출하여야 한다.

② 시술기관은 구와 협약을 체결한 관내 치과 병·의원으로 한다.

제8조(본인부담금 지급 등) ① 시술기관은 시술 완료 후 스케일링 시술비용 중 본인부담금 지원액에 대하여 별지 제4호서식의 청구서를 구청장에게 제출하여야 한다.

② 구청장은 청구 내용을 검토하여 본인부담금을 지급한다.

제9조(환수 등) 구청장은 시술기관 또는 지원 신청자가 거짓 또는 부정한 방법으로 시술비를 지급받은 경우 환수 조치하여야 하며, 해당 시술기관과의 협약을 해지할 수 있다.

제10조(지원사업 협력) 구청장은 대상자의 구강질환 예방의 성공적인 사업수행을 위하여 지역 치과의사회와 상호협력 체계를 구축할 수 있다.

제1조(시행일) 이 조례는 공포한 날부터 시행하되, 2026년 7월 1일부터 적용 한다.

제2조(경과조치) 이 조례 시행 전에 「[인천광역시 동구 노인 스케일링 본인부담금 지원에 관한 조례](#)」에 따라 시술비를 지원받은 경우에는 이 조례에 따라 지원받은 것으로 본다.

서식

일괄다운로드

[별지 제1호서식] 노인 스케일링 본인부담금 지원 신청서(제6조제1항 관련)

[별지 제2호서식] 노인 스케일링 시술 의뢰서(제6조제2항 관련)

[별지 제3호서식] 노인 스케일링 본인부담금 지원사업 참여 신청서(제7조제1항 관련)

[별지 제4호서식] 노인 스케일링 본인부담금 지원사업 시술비용 청구서(제8조제1항 관련)
