

2026년 충청남도 장애인복지사업 안내



충 청 남 도
[장애인복지과]



목 차



I. 공통사항	1
2025년 가구원 수 및 소득조사 기준	3
II. 장애인복지	5
1. 장애수당 추가지원	7
2. 부부장애수당 지원	8
3. 월세거주 장애인 주거비 지원	9
4. 중증장애인가구 월동비 지원	11
5. 장애인신문 구독지원	13
(참조) 서식 11종	16
6. 시각장애인 등 생활지원센터	27
(참조) 시각장애인 등 생활지원센터 직원 자격기준	29
III. 장애인시설	31
1. 장애인 단기·주간보호시설 지원	33
2. 장애인거주시설 운영지원(개인)	36
3. 중증장애인 보호수당 지급	37
4. 장애인복지시설 종사자 처우개선비 지급	38
5. 장애인복지시설 종사자 정액급식비 지급	39
6. 탈시설 장애인 자립정착금 지원	41
(참조) 서식 4종	43

IV. 장애인재활 47

1. 청각장애아동 인공달팽이관 수술 및 재활치료비 지원 49
 - (참고1) 인공와우의 급여기준 52
 - (참고2) 인공달팽이관 관련 참고사항, 서식 4종 54
2. 장루·요루 장애인 의료비 지원 60
 - (참조) 서식 2종 61
3. 미취업 장애인 건강검진 지원 63
 - (참조) 서식 2종 64
4. 장애인 건강교실 운영 66
 - (참조) 서식 1종 68
5. 장애인보장구 수리지원사업 안내 69
 - (참조) 서식 8종 74
6. 사랑의 인술사업 88
 - (참조) 서식 1종 90
7. 난치병환자 치료비 지원 92
 - (참조) 서식 3종 94
8. 장애인 편의시설 지원센터 운영 98
 - (별표1) 장애인편의시설 지원센터 운영요원 자격기준 100
9. 편의시설 설치 도민촉진단 운영 102
10. 전동보장구 이용 장애인 보험료 지원사업 105

공통 사항



2026년 가구원 수 및 소득조사 기준

1. 적용사업

- (1-3) 월세거주 장애인 거주비 지원 : 기준 중위소득 80% 이하
- (3-1) 청각장애아동 인공달팽이관 수술 및 재활치료비 지원 : 기준 중위소득 120% 이하
- (3-2) 장루·요루 장애인 의료비 지원 : 기준 중위소득 120% 이하
- (3-3) 미취업 장애인 건강검진 지원 : 기준 중위소득 120% 이하
- (3-6) 사랑의 인술사업 : 기준 중위소득 80% 이하
- (3-7) 난치병 환자 치료비 지원 : 기준 중위소득 80% 이하

2. 가구원 수

- 가구원의 범위는 원칙적으로 세대별 주민등록표에 기재된 자로서 지원 대상자와 생계와 주거를 같이 하는 2촌 이내의 직계존비속(비속의 배우자 포함) 및 형제자매
 - 주민등록을 달리하더라도 생계나 주거를 같이하는 배우자(사실혼 관계포함) 또는 부모, 형제는 가구원에 포함
 - 서비스 이용자(대상)가 건강보험 가입자(직장 또는 지역)인 경우 서비스 이용자의 주민등록표에 기재된 자로만 가구원으로 산정하되, 동일 주민등록표에 기재된 자이나 해외 장기체류로 확인된 가족은 가구원에서 제외

예시 서비스를 신청한 가구의 주민등록표에 2촌 이내 직계존비속 및 배우자가 4인이나 건강보험증에 5인이 등록된 경우에도 4인으로 산정

- 서비스 이용자가 주거를 달리하는 다른 건강보험 직장가입자의 피부양자로 등재되어 있는 경우는 해당 건강보험증에 등재된 자를 모두 가구원수에 포함

예시1 서비스를 신청한 대상자(주민등록표상 2인 : 모, 대상자)가 따로 사는 아버지(4인가구)의 건강보험증에 등재되어 있는 경우 아버지의 소득증명자료(건강보험료 납부확인서 등)를 확인하고 가구원수는 6인으로 산정

예시2 서비스를 신청한 대상자(주민등록표상 2인 : 모, 대상자)의 부모가 이혼하여 따로 사는 경우 대상자가 모의 건강보험피부양자로 되어 있다면 따로 사는 아버지는 생계나 주거를 같이 하는 가구원으로 볼 수 없음

3. 소득조사

- (원칙) 행복이음을 통해 조회된 신청일 기준 전월 건강보험료 부과액을 기준으로 산정
 - 다만, 건강보험료 부과액이 확인되지 않는 경우 또는 신청자가 건강보험료에 이의를 제기할 경우 서비스 대상 가구의 건강보험료 영수증이나 납부확인서, 월급명세서 등을 토대로 신청 월 직전 12개월 평균하여 건강보험료 본인부담금 납입액 산정
 - (조사생략) 신청자가 기초생활수급자, 차상위계층*, 65세 이상 기초연금 수급자인 경우에는 소득조사를 생략하고 지원(가구원 수 기준 적용 제외)
 - 다만, (1-3) 월세거주 장애인 거주비 지원, (3-6) 사랑의 인술사업은 신청자가 65세 이상 기초연금 수급자일 경우, 소득조사를 하여야 함.
- * 「국민기초생활보장법」 제2조제10호에 따른 차상위계층, 차상위 본인부담금경감 대상자, 차상위 자활 대상자, 차상위 장애수당·장애아동수당 대상자, 차상위 장애연금 부가급여 대상자, 차상위 확인사업 대상자
- (직장가입자 휴직) 3개월 이상 휴직한 경우 휴직자의 소득을 0원으로 처리
 - 단 3개월 미만 휴직자는 휴직 직전의 건강보험료 부과액으로 산정
 - (보험료 합산) 가구 내 직장가입자가 2명 이상이거나 직장가입자와 지역가입자가 혼합되어 있는 경우 각각의 보험료를 합산, 해당 가구의 보험료 본인부담금 납입액 확정
- ※ 노인장기요양보험료 제외

4. 기준 중위소득

(단위 : 원)

가구원 수	중위소득 32% (생계급여)	중위소득 40% (의료급여)	중위소득 48% (주거급여)	중위소득 50% (교육급여)	중위소득 80%	중위소득 100%	중위소득 120%
1인	820,556	1,025,695	1,230,834	1,282,119	2,051,390	2,564,238	3,077,086
2인	1,343,773	1,679,717	2,015,660	2,099,646	3,359,434	4,199,292	5,039,150
3인	1,714,892	2,143,614	2,572,337	2,679,518	4,287,229	5,359,036	6,430,843
4인	2,078,316	2,567,895	3,117,474	3,247,369	5,195,790	6,494,738	7,793,686
5인	2,418,150	3,022,688	3,627,225	3,778,360	6,045,375	7,556,719	9,068,063

장애인복지



1-1 장애수당 추가지원

1. 목 적

다른 사람의 도움이 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 저소득 중증장애인에게 장애 수당을 추가 지급하여 저소득 장애인 가구의 생활안정 도모

2. 근 거

장애인복지법 제35조, 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원 내용

가. 지급대상

- 장애인연금 대상자 중 기초생활수급자(생계·의료급여) 및 차상위계층(주거·교육급여)
 - * 차상위 : 기준중위소득 50% 이하
 - * 사회복지통합관리망(행복e음)에 장애수당(지자체)을 책정하여 급여 지급

나. 지급금액 : 1인당 월 12천원 (도비 30%, 시군비 70%)

다. 지급시기

- 지급원칙 : 매월 20일에 지급 (타 복지급여와 지급시기 통일)

※ 지급일이 토요일, 공(휴)일인 경우 그 전일에 지급

라. 지급기간

- 지급 개시 : 신청일이 속한 달부터 지급

단, ① 기초생활수급자(생계·의료)가 장애등록을 한 경우에는 장애정도 결정일을 지급개시일로 보며, ② 기존 등록장애인이 기초생활보장 급여(생계·의료)가 책정된 경우에는 기초급여 신청일을 지급개시일로 봄

- 지급 종료 : 지급 중지가 결정된 달까지 지급

마. 지급방법

- 장애인이 개설한 금융기관 및 우편관서의 복지급여 계좌에 입금
- 다만, 압류로 인하여 복지급여 계좌를 이용하기 어려운 경우 등 부득이한 사유가 있는 경우에는 해당 현금을 수급자에게 직접 지급할 수 있음.
- 현금지급이 어려울 경우 주민등록상 가족관계에 있는 가족통장에 지급할 수 있음 (단, 가족관계증명서, 본인 동의서, 통장사본을 반드시 첨부하여야 함)

바. 신청방법

- 장애인생활안정 지급신청서 [별지 제1호서식]을 주민등록지 읍면동 제출
 - 장애인의 편의를 위하여 구두신청하거나 사회보장정보시스템을 활용하여 대상자를 파악 지급할 수 있으며, 직권 신청하는 경우 신청서 생략 가능

※ 기타사항은 2026년 장애인연금 사업안내를 따름.

1-2 부부장애수당 지원

1. 목 적

근로능력이 부족한 부부장애인 가구에 대한 경제적 지원으로 생활안정 도모

2. 근 거

장애인복지법 제35조, 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원 내용

가. 지급대상

- 부부가 장애인으로 등록된 세대
(단, 부부의 주민등록 주소지가 시군 간 다를 경우 지급불가, 같은 시군 내 주소지가 다를 경우 담당자 확인 후 지급가능)

나. 지급금액 : 가구당 月 35천원 (도비 30%, 시군비 70%)

다. 지급시기

- 지급원칙 : 매월 20일에 지급 (타 복지급여와 지급시기 통일)
 - ※ 지급일이 토요일, 공(휴)일인 경우 그 전일에 지급
- 지급기간
 - 지급 개시 : 신청일이 속한 달부터 지급
 - 지급 종료 : 지급 중지가 결정된 달까지 지급- ※ 중지사유 발생 사실이 나중에 확인된 경우 중지사유 발생 월의 다음 달 이후 지급된 급여는 환수조치

라. 지급방법

- 장애인이 개설한 금융기관 및 우편관서의 복지급여 계좌에 입금
- 다만, 압류로 인하여 복지급여 계좌를 이용하기 어려운 경우 등 부득이한 사유가 있는 경우에는 해당 현금을 수급자에게 직접 지급할 수 있음.
 - 현금지급이 어려울 경우 주민등록상 가족관계에 있는 가족통장에 지급할 수 있음
(단, 가족관계증명서, 본인 동의서, 통장사본을 반드시 첨부하여야 함)

마. 신청방법

- 장애인생활안정 지급신청서 [별지 제1호서식]을 주민등록지 읍면동 제출
 - 장애인의 편의를 위하여 구두신청하거나 사회보장정보시스템을 활용하여 대상자를 파악 지급할 수 있으며, 직권 신청하는 경우 신청서 생략 가능

※ 기타사항은 2026년 장애인연금 사업안내를 따름.

1-3 월세거주 장애인 주거비 지원

1. 목 적

월세거주 장애인 가구에 대한 경제적 지원으로 주거비 부담 경감 및 주거환경 안정화 도모

2. 근 거

장애인복지법 제35조, 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원 내용

가. 지급대상 : 세대주가 등록장애인인 기준중위소득 80% 이하인 월세거주 장애인가구

① 기초수급자 및 차상위 계층

- 기초생활보장 수급자격 및 차상위 복지급여 수령 여부 등에 의해 판단
- ※ 건강보험료 영수증 징구 생략가능

② 기준중위소득 80% 이하 계층

- 소득수준은 건강보험료 본인부담금액을 토대로 판정
- ※ 참고자료 : 공통사항의 “2026년 가구원 수 및 소득조사 기준” 적용
- 월세 거주 장애인 주거비 지급신청 시 첨부된 전월 건강보험료 영수증 또는 고지서 사본 등을 통하여 건강보험료 본인 부담금액을 확인

나. 제외대상 : 주거급여 대상자, 시설수급자, 세대원이 장애인인 경우, 직계(2촌 이내) 가족 소유 집에서 거주할 때(실거주지 확인 必)

- 월세거주 장애인 주거비 수급 중 주거급여 대상자로 책정된 경우, 주거급여를 신청한 달의 전월까지 지급

다. 지급금액 : 가구당 月 50천원 (도비 30%, 시군비 70%)

라. 신청방법 : 아래의 서류를 주민등록지 읍면동 행정복지센터 제출

- 장애인생활안정 지급신청서 1부[별지 제1호서식]
- 월세 임대차 계약서 사본 1부(확정일자 필)

마. 지급시기

○ 지급원칙 : 매월 20일에 지급 (타 복지급여와 지급시기 통일)

※ 지급일이 토요일, 공(휴)일인 경우 그 전일에 지급

○ 지급기간

- 지급 개시 : 신청일이 속한 달부터 지급
- 지급 종료 : 지급 중지가 결정된 달까지 지급

※ 중지사유 발생 사실이 나중에 확인된 경우 중지사유 발생 월의 다음 달 이후 지급된 급여는 환수조치

바. 지급방법

- 장애인이 개설한 금융기관 및 우편관서의 복지급여 계좌에 입금
- 다만, 압류로 인하여 복지급여 계좌를 이용하기 어려운 경우 등 부득이한 사유가 있는 경우에는 해당 현금을 수급자에게 직접 지급할 수 있음.
 - 현금지급이 어려울 경우 주민등록상 가족관계에 있는 가족통장에 지급할 수 있음
(단, 가족관계증명서, 본인 동의서, 통장사본을 반드시 첨부하여야 함)

사. 수급 적합성 확인조사 실시

- 시장·군수는 수급자의 수급자격을 매월 확인 후 지급하여야 하며 월세 거주 장애인 주거비 지원 실적에 대한 결과를 매년 1월 31일까지 보고하여야 한다.

※ 기타사항은 2026년 장애인연금 사업안내를 따름.

1-4 중증장애인 가구월동비 지원

1. 목 적

저소득 중증장애인가구에 대해 동절기 동안 월동비를 지원하여 거주 환경개선

2. 근 거

장애인복지법 제6조, 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원 내용

가. 지급대상

- 장애 정도가 「장애인연금법」상 중증장애인*(종전 1급, 2급 및 3급 중복)이며 각 호 중, 한가지에 해당하는 자
 - 장애인연금 대상자 중 국민기초생활수급자 및 차상위계층 장애인(기준중위소득 50% 이하)
 - 장애인아동수당 대상자 중 국민기초생활수급자(생계·의료·주거·교육)
- 세대주 및 세대원이 중증장애인이면 지급 (연령구분 없음)
- 가구지원이므로 2명 이상이어도 1가구로 지원함.

※ 동일주소 별도가구(예, 기숙사, 합숙소 등) : 1가구로 간주

나. 제외대상 : 시설수급자, 장기입원자

다. 지급금액 : 연 131천원 (1월 50%, 12월 50% 지원) / 도비 30%, 시군비 70%

라. 신청방법

- 장애인생활안정 지급신청서 [별지 제1호서식]을 주민등록지 읍면동 제출
 - 장애인의 편의를 위하여 구두신청하거나 사회보장정보시스템을 활용하여 대상자를 파악 지급할 수 있으며, 직권 신청하는 경우 신청서 생략 가능

마. 지급시기

- 지급원칙 : 20일에 지급 (타급여 지급시기 통일)

※ 지급일이 토요일, 공(휴)일인 경우 그 전일에 지급

○ 지급기간

- 1월 신청기간 : 1월 65,500원, 12월 65,500원 지급
- 1월 신청기간 이후 신청자 : 2월 65,500원 지급
- 11~12월 신청기간 : 12월 65,500원 지급
- 12월 신청기간 이후 : 익년 1월 65,500원 지급

* 1월 신청자는 12월 지급 시 지급대상 여부 점검 실시

바. 지급방법

- 장애인이 개설한 금융기관 및 우편관서의 복지급여 계좌에 입금
- 다만, 압류로 인하여 복지급여 계좌를 이용하기 어려운 경우 등 부득이한 사유가 있는 경우에는 해당 현금을 수급자에게 직접 지급할 수 있음.
 - 현금지급이 어려울 경우 주민등록상 가족관계에 있는 가족통장에 지급할 수 있음
(단, 가족관계증명서, 본인 동의서, 통장사본을 반드시 첨부하여야 함)

※ 기타사항은 2026년 장애인연금 사업안내를 따름.

1-5 장애인신문 구독 지원

□ 사업개요

1. 목 적

정보접근이 취약한 저소득 장애인이 원활하게 정보에 접근할 수 있도록 지원하여 알 권리보장 및 정보습득 향상

2. 근 거

장애인복지법 제22조, 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원 내용

가. 보급대상

- 국민기초생활수급자 및 차상위 계층 장애인
 - * 장기입원자 및 시설수급자 지원 제외
- 시군별 예산 범위 내, 시장·군수가 무상보급이 필요하다고 판단되는 장애인 세대
 - 시군별 내부 검토(결재)를 통한 수급자 선정(지원 필요성 등)

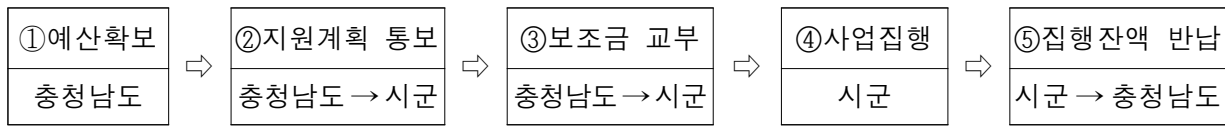
나. 지급금액 : 1세대당 월 5천원 기준 (우편료 포함, 도비 30%, 시군비 70%)

다. 보급시기 등

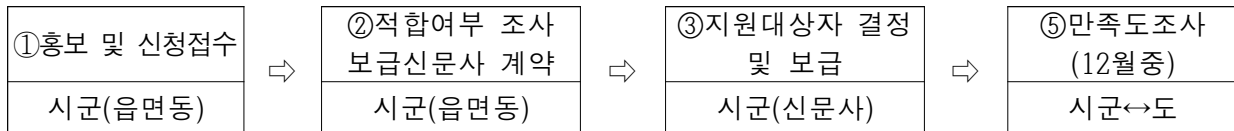
- 보급기간
 - 보급 개시 : 장애인신문을 지원하기로 결정한 당월부터 보급
 - 보급 종료 : 장애인신문을 지원하지 아니하기로 결정한 해당 월까지 보급
- 신문사 선정 및 보급방법
 - 시군에서는 장애인신문사를 선정할 때 공정하고 투명한 계약절차를 위해 반드시 공모사업으로 진행하여 신문사를 선정하여야 한다.
 - 공모로 보조 사업자 선정 시, 각 시군 자체 보조금관리 지침(세부운영기준)을 우선 적용하고, 이외에 규정되지 않은 사항은 충청남도 보조금 관리지침을 따른다.
 - 구독신문 선정은 매주 중단됨 없이 지속적으로 발행되는 신문으로 하고 신문 전체 지면 중 광고부분을 제외한 지면의 30% 이상을 충청남도 장애인 관련 소식을 게재하는 신문이어야 한다.
 - 신문선정 및 계약은 「지방자치단체를 당사자로 하는 계약에 관한 법률 및 동법 시행령·시행규칙」에 의거 공정성과 투명성을 유지하여야 한다.

□ 추진절차

1. 보조금 처리절차



2. 지원 처리절차



가. 홍보 및 신청접수

- 시장·군수는 장애인신문 보급제도에 관하여 관내 장애인에게 홍보를 적극 실시하여 신청 대상자가 누락되지 않도록 하여야 한다.
- 장애인신문을 희망하는 장애인 또는 보호자(대리인)는 [신청서], [개인정보동의서]를 작성하여 시장·군수에게 신청하여야 한다.

나. 선정적합성 조사

- 제출된 신청서를 토대로 사회보장정보시스템을 통하여 선정기준 적합 여부를 조사 하되, 사회복지통합전산망 상의 자료로 파악이 어려운 사항 등에 대해서는 가구 방문을 통한 실태조사를 실시한 후 지급여부를 결정할 수 있다.
- 매월 대상자 정비를 통해 사망, 전출 등 중지 사유 발생 시 즉시 중지 조치한다.

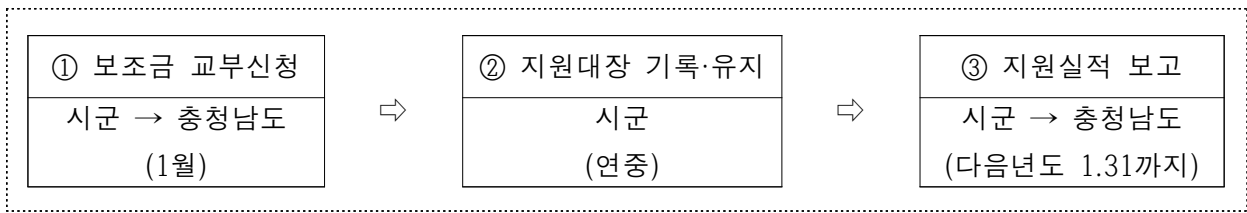
다. 지원대상자 결정

- 지급결정 후 지급대상자에게 지급결정 내용을 통지하여야 한다.

라. 신문보급

- 장애인신문은 장애인 세대를 기준으로 지원하므로 1가구에 보급대상 장애인이 2인일 경우 1부만 보급함을 원칙으로 한다.
- 지면신문 보급을 원칙으로 하나, 전자신문 보급을 병행할 수 있다.(전자신문 단독 불가)
- 전출지 시장·군수는 신 주소를 관할하는 시장·군수에게 장애인 등록 관계 서류와 함께 장애인신문 구독지원 관련서류 일체를 이송하여야 한다.
- 전입지 시장·군수는 이송된 관련서류와 해당 장애인의 생활 상태 등을 신속히 파악 하여 보급 대상자로 결정된 경우에는 주소 이전에 따른 공백 없이 장애인신문을 보급하여야 하며, 전입일이 15일 이전일 경우에는 신 거주지의 시장·군수가 지급 하고, 전입일이 16일 이후일 경우에는 구 거주지의 시장·군수가 지급한다.

☐ 보고체계



☐ 지원대상자 현황보고

- 시장·군수는 「도비보조금 교부신청서」를 1월 31일까지 충청남도지사에게 제출하여야 한다.

☐ 지원대상자 명부 기록유지

- 시장·군수는 장애인 장애인신문 지원·지급 결정을 한 때에는 매월 [별지 제8호] 서식을 기록·유지하여야 한다.

붙임

- (서식 1) 장애인생활안정 지원 지급 신청서
- (서식 2) 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서
- (서식 3) 장애인생활안정지원 사실조사 복명서
- (서식 4) 장애수당 추가지원 지급대장
- (서식 5) 부부장애수당 지급 대장
- (서식 6) 월세거주 장애인 주거비 지급대장
- (서식 7) 중증장애인 가구월동비 지급 대장
- (서식 8) 장애인신문 구독 지원대장
- (서식 9) 지방보조금 교부신청서
- (서식 10) 장애인생활안정 보조금 정산 및 추진 실적보고
- (서식 11) 가족 수령 본인 동의서

〈서식 1〉

장애인생활안정 지원 지급신청서						처리기간 14일
신청인 (장애인)	성 명		생년월일			
	주 소					
	장애명		부장애			
서비스 신청		장애수당추가지원 () 부부장애수당지원 () 월세거주장애인주거비지원 () 중증장애인가구 월동비지원 () 장애인 신문구독 ()				
보 장 구 분 (해당란에 √)		☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 기준중위소득 80%이하 ☐ 기 타				
계좌번호		은행명		예금주		
※ 장애인신문구독 신청 시, 계좌번호, 은행명, 예금주 기재 생략						
장애인복지법 제 32조, 제35조 및 충청남도 장애인복지발전 5개년 계획에 의하여 장애인생활안정 지원사업을 위와 같이 신청합니다. ※ 거주지역, 세대구성, 소득기준, 임대차계약조건 등에 변동이 있을 시에는 관할 읍면동 행정복지센터에 반드시 신고하여야 하며, 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고하여 부정확한 방법으로 급여를 받을 경우 환수 또는 형사처벌을 받을 수 있습니다. 20 년 월 일 신 청 인 (인) ○○시장·군수 귀하						
제출서류 : 서비스 신청 해당자 - 월세거주 임대차 계약서 1부						

개인정보 수집 및 이용 · 제공 동의서

○○시군에서는 개인정보보호법 제15조에 의거하여 아래와 같이 개인정보를 수집하고 있으며, 본 동의서는 장애인 신문 지원대상 확인으로만 사용되고 공공기록물 관리에 관한 법률에 따라 관리·폐기됩니다.

귀하께서는 아래 내용을 자세히 읽어보시고, 모든 내용을 이해하신 후에 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

☐ 개인정보의 수집 및 이용 동의서

귀하께서 제공한 모든 정보는 다음의 목적을 위해 활용하며, 아래 목적 이외의 용도로는 제공되지 않습니다.

① 개인정보 수집항목 및 수집·이용 목적

가. 수집항목 : 성명, 생년월일, 주소, 장애명(부장애명), 장애정도, 국민기초생활보장 수급자 해당여부

나. 수집 및 이용 목적

- 장애인신문 구독관련 조회·확인

② 개인정보 보유 및 이용기간

- 수집·이용 동의일로부터 개인정보의 수집·이용 목적을 달성할 때까지

③ 동의거부 관리

- 귀하께서는 본 안내에 따른 개인정보 수집, 이용에 대해서 동의를 거부하실 권리가 있습니다. 다만, 귀하가 개인정보의 수집/이용에 대해 동의 거부하시는 경우에 장애인신문 구독에 불이익이 발생할 수 있음을 알려드립니다.

본인은 위의 동의서 내용을 충분히 숙지하였으며, 개인정보 수집·이용하는 것에 동의하시겠습니까?

동의함 ☐ 동의 안 함 ☐

년 월 일

성명 : (서명 또는 인)

〈서식 3〉

20 년 장애인생활안정지원 사실조사 복명서

사 실 조 사 복 명 서				
조 사 일 시				
조 사 대 상 자	성 명			
	장애유형			
	주 소			
조 사 장 소		* 조사대상자 집 주소 등 간략하게 기재		
조 사 목 적		* 예) 000 수당지원 적합성 여부 파악		
조 사 내 용		* 예) 지원 대상 장애인 거주 여부 등		
조 사 결 과		* 예) 조사대상자의 주거형태가 월세임을 확인함		
조 사 자	직 급		성 명	(서명)

〈서식 4〉

장애수당 추가 지원 지급 대장

일련 번호	성 명	성 별	생년월일	장애유형 (장애정도)	소득구분	비고
1	김 일 순	남	75.01.12	청각(심한장애)	기초	
2	나 영 희	여	68.11.01	지체(심하지않은장애)	차상위	
3						
4						
5						

〈서식 5〉

부부장애수당 지급 대장

일련 번호	구분	성명	생년월일	장애유형 (장애정도)	소득기준	비고
1	남편	이몽룡	73.01.23	청각(심한 장애)	기초	
	아내	성춘향	73.03.21	지체(심하지 않은 장애)		

〈서식 6〉

월세거주 장애인 주거비 지급 대장

일련 번호	성 명	성 별	생년월일	장애유형 (장애정도)	소득구분	비 고
1	김 일 순	남	75.01.12	청각(심한 장애)	기 초	
2						
3						
4						
5						

〈서식 7〉

중증장애인 가구월동비 지급 대장

일련 번호	성 명	성별	생년월일	장애유형 (장애정도)	소득구분	비 고
1	김 일 순	남	75.01.12	청각(심한 장애)	기초	

〈서식 8〉

장애인신문 구독 지원대장

일련 번호	성 명	생년월일	장 애 등록일	장애유형 (장애정도)	장애인신문보급개시		장애인신문보급중단		비고
					신청일	보급월	중단월	중단사유	
1	김일순	(작성예) 750112	2005. 1. 2	지체 (심한장애)	2010. 1. 2	2010. 1	2021. 3	전출	

지방보조금 교부신청서

사 업 명						
사 업 기 간						
기 관 명				대 표 자		
소 재 지 (주 소)	“ 도로명 주소 ”			전 화 번 호		
지 방 보 조 금 교 부 신 청 (단 위 : 천 원)	총 사업비	지 방 보 조 금			자기 자본 부 담 액	보 조 금 보 조 율 (%)
		지 원 결 정 액	기 교 부 액	금 회 교 부 신 청 액		
지 방 보 조 사 업 목 적						
지 방 보 조 사 업 내 용						
충청남도 지방보조금 관리 조례 제12조의 규정에 따라 위와 같이 지방보조금 교부를 신청합니다. 20 년 월 일 보조사업자 : ○ ○ ○ (직인) 충청남도지사 귀하						
※ 첨부서류 1. 사업계획서 1부						

사업계획서

1. 사업명

2. 사업목적 및 필요성

-
-

3. 사업개요

- 기간
- 장소
- 사업대상
- 사업내용

-

4. 지방보조사업 수행계획

일정별	주요내용	주요추진내용

5. 신청단체 자산현황

(단위 : 천원)

자산액	부채액	비고

6. 기대효과 ☞ 사업목적이 달성되면 어떤 효과가 있는지 기재

-
-

7. 지방보조금 신청내역

- 총 사업비 : 천원(100%)
- 지방보조금 : 천원(%)
- 자체부담 : 천원(%)
- 사업비 사용방법 : 신용(체크)카드, 계좌입금
- 소요사업비 산출내역

(단위: 천원)

세부지원사업	산출기초	재 원		
		계	도비	시군비
합 계				
장 애 수 당 추 가				
부 부 장 애 수 당				
월 세 거 주 장 애 인 주 거 비				
중 증 장 애 인 가 구 월 동 비				
장 애 인 신 문 구 독				

※ 산출기초는 세부적으로 기재

8. 현수막 게첨 계획서(계획이 있을 경우 작성)

게첨기간	게첨장소	수량	금액(원)	게첨 신고계획	비고

9. 지방보조사업에 따른 수입금액의 처리

수익금액(원)	수입내역	사용방법	비 고

10. 기타 내용

장애인생활안정 보조금 정산 및 추진 실적보고

(시군명 :)

1. 보조금 집행현황

구 분	교 부 액(A)	집행액(B)	집행잔액 (C=A-B)	비 고
계				
도 비				
시군비				

2. 202 년도 장애인생활안정지원 추진실적

(단위 : 천원, 명)

세부사업명	집행액 (도+시군)	지원인원(명)				성별		비 고
		계	기 초 수급자	차상위	차상위 초과	남	여	
계								
장 애 수 당 추 가								
부 부 장 애 수 당								
월 세 거 주 장 애 인 주거비지원								
중증장애 인 가 구 월동비지원								
장 애 인 신 독 지 원								

가족 수령 본인 동의서

해당되는 곳에 √ 표시					
①신청인 (장애인)	성명		주민등록번호		
	주소				
	전화번호				
②대리인	성명		주민등록번호		
	주소				
	전화번호				
신청인과의 관 계	대리인(②)은 신청인(①)의 배우자 () 직계존속(부모, 조부모, 증조부모) () 배우자의 직계존속(장인, 장모, 시부모) () 직계비속(자녀, 손자녀) () 형제자매 () 기타(관계 :) ()				
해당 서비스	장애수당추가지원 () 부부장애수당지원 () 월세거주장애인주거비지원 () 중증장애인가구 월동비지원 ()				
계좌번호		은행명		예금주	
제출서류	가족관계증명서(등본상 가족관계 확인), 통장사본, 신분증				

※ 반드시 장애인 당사자 서명 必

신청인(①)은 장애인생활안정 지원에 대하여
대리인(②)의 보조금 수령에 [동의] 합니다.

년 월 일

신청인 : (서명)

대리인 : (서명)

1-6 시각장애인 등 생활지원센터 운영

1. 목 적

- 보건복지부 장애인복지시설 사업안내에서 정하지 아니한 사항을 정하고자 함
 - 운영주체, 기본방침, 이용대상, 사업내용 보건복지부 사업안내에 따름

2. 센터별 수행업무 및 인력

가. 사업내용

- 도 센터
 - 중앙센터와의 업무협력, 시·군 센터에 대한 지원·지도
 - 센터 내부 규정(운영위원회 운영, 복무 등)의 제정 및 개·폐
 - 센터의 사업수행과 사업실적 관리 및 보고(시군센터실적 포함) 등
 - 기타 센터업무의 중요한 사항
- 시·군 센터
 - 센터사업의 수행
 - 센터 운영 내부 규정 (운영위원회 운영, 복무 등)의 제정 및 개·폐
 - 사업실적관리 및 보고 등

나. 인 력

- 센터의 개소당 인력은 2026년 장애인복지시설 사업안내에 따른다. 단, 증원 및 조정이 필요할 경우 도지사(시장, 군수)와 사전 협의하여야 한다.
- 센터장 및 종사자의 자격요건은 [별표1] 과 같다.
- 운영주체가 센터장을 임명할 경우에는 보건복지부 「사회복지시설 관리안내」 규정에 따라 공개 채용하여야 하며, 동 지침 별표1의 자격기준에 적합한 자를 임명하여야 한다.

3. 인건비 지급기준

- 보수는 보건복지부 사회복지시설(이용시설) 종사자 인건비 지급기준에 의하되 센터장은 일반직 1급, 사무원 및 상담원은 일반직 2급~5급, 운전원은 관리직 3급으로 한다.
- 종사자의 경력인정은 보건복지부 사회복지시설 종사자 경력인정사항을 따르되 운전원은 「여객자동차 운수사업법 시행령」 제3조에 따른 차량 운전 근무기간, 사회복지시설 근무기간 중 운전원 근무기간에 대해 100% 인정하고, 사회복지시설 운전원 이외의 근무기간은 80% 인정하며, 그 외의 유사경력은 보건복지부 사회복지시설관리안내 종사자 경력인정사항에 준함.
- 수 당 : 명절휴가비, 시간외근무수당, 가족수당, 전문자격수당, 운전수당(월4만원)

- 운영비 : 예산 범위 내에서 절약 집행하고, 부득이 추가경비가 필요한 경우 자체 재원으로 충당함
- 집행기준 : 사회복지법인 및 사회복지시설 재무회계 규칙(보건복지부) 준수

4. 행정사항

- 보조사업자는 사업수행 및 예산집행 등 사업수행 실적을 도지사(시장·군수)에게 보고(분기별)
- 동 지침에 정하지 아니한 사항은 장애인복지법, 사회복지시설관리안내, 충청남도 지방보조금 관리지침에 따름.

시각장애인 등 생활지원센터 직원 자격기준

직 위	직 급	정원	자 격 기 준
센터장	1급	1	① 의사(한 의사·치과 의사를 포함한다)로서 장애 관련 분야에서 3년 이상 진료한 경력이 있는 자 ② 특수학교의 교장 또는 교감이었던 자 및 「초·중등교육법」에 따른 특수학교 교사(교사자격증 소지자)로서 해당 시설 입소 대상 장애인의 교육에 3년 이상 종사한 경력이 있는 자 ③ 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사 자격증을 가진 자로서 사회복지사업에 3년 이상 종사한 경력이 있는 자 ④ 위 각 호에 준하는 학식과 경력이 있다고 충청남도시각장애인연합회 인사위원회에서 인정한 자
사무원 및 상담원	2급	0~1	① 8급 이상의 공무원으로 사회복지분야에 2년 이상 재직한 경력이 있는 자 ② 사회복지사·장애인재활상담사·특수학교교사·치료사 등 장애인재활 관련 자격증을 취득한 후 장애인복지 분야에서 3년 이상 근무한 경력이 있는 사람 ③ 「고등교육법」 제2조제1호부터 제6호까지에 따른 대학을 졸업한 후 또는 법령에 따라 이와 같은 수준으로 인정되는 학력을 갖춘 후 장애인복지 분야에 4년 이상 종사한 경력이 있는 사람 ④ 그 밖에 위와 동등 이상의 자격이 있다고 운영위원회에서 인정한 자 ※ 충남지역 센터 근무경력 6년이상 필요
	3급	0~1	① 8급 이상의 공무원으로 사회복지분야에 1년 이상 재직한 경력이 있는 자 ② 사회복지사·특수학교교사·치료사 등 장애인재활 관련 자격증을 취득한 후 장애인복지분야에서 2년 이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 「고등교육법」에 따른 대학을 졸업한 후 장애인복지분야에 3년 이상 종사한 경력이 있는 자 ④ 그 밖에 위와 동등 이상의 자격이 있다고 운영위원회에서 인정한 자 ※ 각항 장애인재활관련 자격증취득자여야하며, 충남지역 센터근무 경력 5년이상 필요
	4급	1~2	① 9급 이상의 공무원으로 사회복지분야에 3년 이상 재직한 경력이 있는 자 ② 사회복지사·특수학교교사·치료사 등 장애인재활 관련 자격증을 소지한 자 ③ 「고등교육법」에 따른 대학을 졸업한 후 장애인복지분야에 2년 이상 종사한 경력이 있는 자 ④ 그 밖에 위와 동등한 자격이 있다고 운영위원회에서 인정한 자
	5급		「초·중등교육법」에 따른 고등학교를 졸업하였거나 이와 동등 이상의 학력이 있는 자
운전원	3급	2~4	「초·중등교육법」에 따른 고등학교를 졸업하였거나 이와 동등 이상의 학력이 있는 자로 운전면허증(1종 보통 이상)을 소지한 자

장애인 시설



2-1 장애인 단기·주간보호시설 지원

◆ 지역사회에서 장애인 돌봄 인프라를 확대하여 장애인 보호자의 높은 돌봄 부담과 일상생활의 제약 경감

□ 개 요

- 목 적 : 지역사회에서의 재가장애인 돌봄 인프라 확대
- 사 업 량 : 2개 사업 19개소(단기 8, 주간 11)
- 근 거 : 장애인복지법 제58조(장애인복지시설), 제81조(비용 보조)

□ 지원 원칙

- 지방재정법, 충청남도 지방보조금 관리 조례 등 보조금 집행 관련 법령 및 보건복지부 장애인복지시설 사업안내 등 관련 지침 준수
- 시군 특성에 따라 이용자 복지 증진 및 종사자 처우개선 등을 위하여 기존에 시군비 전액으로 지원하였던 예산(수당 등)이 축소되지 않도록 노력하여야 함

① 단기거주시설 인력 추가지원

- 지원대상 : 단기거주시설 8개소
 - ※ 신규 시설은 현행대로 시군사무로 추진
- 지원내용 : 인력 1명 도비 추가지원 ※ 기존 종사자(이용장애인 2.5명당 2명)와는 별도
 - 기본급, 명절휴가비, 시간외수당(월 40시간), 가족수당, 4대보험 사용자부담금
- 보조비율 : 도비 30%, 시군비 70%
- 지원 세부기준
 - 도비보조금 예산범위를 초과할 경우 시설 자체재원으로 추가 지급
 - (기본급) '사회복지시설 사업안내'의 '장애인거주시설 인건비 지원기준' 적용
 - ※ 호봉산정은 「사회복지시설 관리안내」 호봉의 획정 준용
 - (명절휴가비) 기본급의 120%(기본급의 60%씩 연 2회)
 - (시간외수당) 월 40시간(보건복지부 당해연도 장애인거주시설 교대근무자 지원기준)
 - (가족수당) 「공무원수당 등에 관한 규정」 제10조(가족수당) 적용
 - ※ 도비보조금 예산범위를 초과할 경우 시설 자체재원으로 추가 지급

○ 지원조건

- (일시·긴급이용) 이용자 정원 중 2명은 해당 시군뿐만 아니라 도내 모든 등록 장애인이 일시·긴급한 사유로 이용 가능하도록 별도 배정(주소지 시군 무관 입소 가능)
- 일시·긴급 이용기간 : 1회 10일 이내(보호자 입원 등은 연간 최대 30일 이내 연장 가능)
- 각 시군에서는 일시·긴급 이용현황을 점검, 별도 배정인원을 장기 거주형태로 운영 시 도비지원 종료
- 각 시설별 홈페이지 설치 및 일시·긴급지원서비스 이용안내
- 시군과 시설 협의를 통해 일시·긴급지원서비스 신청자에 대한 입소절차 간소화
 - ※ 단, 전염성 질환(코로나-19, 간염, 결핵 등) 예방을 위한 건강진단서 등은 생략 불가
- (관계법령) 근로기준법 제56조의 규정에 따른 연장, 야간, 휴일근무수당, 퇴직금, 기타 4대보험, 연차휴가 등 근로기준법 및 개별법령 준수
 - ※ 법정근로시간 과다 초과, 시간외수당 미지급 등에 따른 노사분쟁이 발생하지 않도록 유의

② 주간보호시설 운영비 지원

○ 지원대상 : 주간보호시설 11개소

○ 지원내용 : 인건비 및 관리운영비 도비 매칭(20%)

- (인건비) 기본급, 명절휴가비, 시간외수당(월 10시간), 가족수당, 사용자부담금
 - * 상기 이외의 추가 수당 및 관리비 지급은 시군 자체 부담
- (관리운영비) 시설당 기본지원 + 인원 가중지원

○ 보조비율 : 도비 20%, 시군 80%

○ 추진방법

- 기존 시설이 2개소 이상인 시군은 우수시설 1개소 (이용장애인 현원 20인 이하 시설)
- 기존 시설이 없는 시군에 신규 설치된 경우 설치신고증 등을 첨부하여 도비보조금 계상 신청
 - ※ 시군이 신규 설치한 시설(민간위탁 포함)은 설치 다음연도부터, 민간 신규시설은 만 1년 뒤 지원하는 것을 원칙으로 하되, 예산범위 내에서 설치 당해연도 지원 가능

○ 세부 지원기준

- 인건비
 - (기본급) '사회복지시설 관리안내'의 '사회복지이용시설(장애인복지관) 종사자 보수체계' 지급기준' 적용 ※ 호봉산정은 「사회복지시설 관리안내」 호봉의 확정 준용
 - (명절휴가비) 기본급의 120%(기본급의 60%씩 연 2회)

- (시간외수당) 월 10시간 ※ 시군비 전액으로 추가 지원 가능
- (가족수당) 「공무원수당 등에 관한 규정」 제10조(가족수당) 적용
- 관리운영비 : 관리운영비 지원기준은 '25년 「장애인복지시설 사업안내」 기준 준용
- 유의사항 : 도비지원 공통기준 외에 시군별 별도 수당, 관리운영비 등이 있는 경우 매칭 외 시군비로 추가 편성하여 전체 예산 및 종사자 보수수준이 전년대비 낮아지지 않도록 유의

2-2 장애인거주시설 운영지원(개인)

◇ 개인운영 및 국고미지원 장애인거주시설에 대한 운영비 지원으로
입소 장애인의 인권 및 안전을 보장하고 운영 활성화를 도모코자 함

가. 기본원칙

- 장애인거주시설 운영 지원(개인)사업 예산은 「지방재정법」, 「충청남도보조금 관리조례」 등
보조금 집행관련 법령 법규에 따라 집행·관리함
- 종사자 충원은 도 및 시군과 반드시 사전 협의하여 채용 시기, 인원 등을 조정
- 입소료 상한액은 보건복지부 장애인복지시설사업안내 실비시설입소료 기준 적용
- 장애인복지법 제59조(장애인복지시설 설치) 설치기준을 충족할 것
- 시설운영 법인화를 위해 노력할 것

○ 사업량 : 9개소(개인운영 장애인거주시설 3, 개인운영 장애인 공동생활가정 6)

○ 지원내용 : 종사자 인건비 및 운영비

- * 진정·감사 등을 통한 보조금 횡령 등 사건 발생 및 장애인학대 등 인권침해 사례로 사법기관이나
국가인권위원회의의 조사 행정처분 등의 조치를 받을 경우, 1차 적발시 지원금액 50% 삭감,
2차 적발시 지원 중단

○ 보조비율 : 도비 30%, 시군비 70%

나. 세부 지원기준(안)

○ 인건비 : 법인시설 종사자 지원기준 70%

- 기본급 : 보건복지부 장애인복지시설 사업안내

2026년 장애인거주시설 운영의 직종별 인건비 기준 참조

- 수 당 : 명절휴가비(기본급 60% * 2회), 가족수당*(배우자 및 직계가족),
시간외수당(생활지도원 및 조리원 40시간, 일반종사자 20시간)

* 「공무원수당 등에 관한 규정」 제10조(가족수당) 참조

- * 시설의 인사권, 예산집행권 등을 가지고 그 권한을 독자적으로 행사하는 시설장은
시간외수당, 퇴직적립금 지원대상 제외

○ 관리운영비 : 국고 지원기준의 70%

○ 인력기준

직 종 명	지 원 기 준
원 장	시설당 1명(동일부지 내 타 시설과 시설장을 겸하는 경우 중복지급불가)
간호(조무)사	시설당 1명
생활지도원 (생활재활교사)	중증장애 4.7명당 2명, 지적장애 5명당 1명 (기준 보건복지부 장애인거주시설 인건비 지원기준 적용)
조리원	시설당 2명, 다만, 이용장애인 50명 이상 1명 추가
※ 시군은 위 기준 이상으로 지원되도록 최대한 노력 필요	

2-3 중증장애인 보호수당 지급

◇ 장애인복지시설 종사자의 사기양양과 복지증진을 위해 종사자에게 중증장애인 보호수당을 지급하기 위한 기준을 정함. (2003년부터 시행)

가. 지급 대상

- 장애인 거주(중증, 지적, 단기) 및 직업재활시설 전 종사자
 - 단, 무보수 명예직 또는 he기관에서 급여를 지급받는 경우 제외

나. 지급 요건

- 지급일 현재, 당해시설의 종사자 신분을 보유하고 봉급을 지급 받는 자
- 신규채용 및 퇴직 등으로 변경된 경우 일할 계산 지급
 - 퇴직일 미포함. 단, 퇴직일까지 서비스를 제공한 경우는 퇴직일 포함
 - 신규 종사자 채용일과 퇴직 종사자 퇴직일이 같은 날에 겹칠 경우 퇴직자에게만 지급
신규자 초일은 산입하지 아니함

다. 지급 시기

- 매월 보수 지급일

라. 지급 금액

- 종사자 1인당 월 4만원 정액 지급

2-4 장애인복지시설 종사자 직무수당 지급

◇ 장애인복지시설 종사자의 사기양양과 복지증진을 위하여 종사자의 시설 근무년수에 따라 지급하는 직무수당에 대한 지급 기준임.

가. 지급 대상

- 보조금(운영비, 인건비)을 지원받고 있는 사회복지시설 및 도 산하 기관(단체)에서 주 40시간 이상 근무하고 있는 정규직, 비정규직 종사자

※ 지급대상 : 「직무수당·복지수당 지급대상 시설·기관(단체)」 (36p) 참고

※ 단, 무보수 명예직 또는 他시설(기관)에서 급여를 지급받는 경우 지급 제외함

나. 지급 요건

- 지급일 현재 당해시설의 종사자 신분을 보유하고 봉급을 지급받는 자
- 신규직원 입사 및 퇴사 등 급여 일할계산 지급 대상자에게 처우개선비도 일할계산 지급

다. 지급 시기

- 매월 보수 지급일

라. 지급기준 : 근무년수에 따라 차등 지급

- 장애인거주시설 및 직업재활시설 근무자
 - 3년 미만 근무자 : 월 100천원
 - 3~5년 미만 근무자 : 월 150천원
 - 5년 이상 근무자 : 월 180천원
- 장애인이용시설 및 장애인지원시설 근무자
 - 3년 미만 근무자 : 월 90천원
 - 3~5년 미만 근무자 : 월 120천원
 - 5년 이상 근무자 : 월 150천원

마. 근무년수 산정

- 근무년수 산정은 사회복지시설의 실 근무년수를 원칙
 - ※ 해당기관 : 「직무수당·복지수당 지급대상 시설·기관(단체)」 (36p) 참고
- 지급 대상자별 금액 인상 시기는 만기 도달한 다음달(호봉승급과 동일)부터 적용한다.

2-5 장애인복지시설 종사자 복지수당 지급

◇ 장애인복지시설 종사자의 사기양양과 복지증진을 위하여 지급하는 복지수당에 대한 지급 기준임.

가. 지급 대상

- 인건비(국·도·시군비) 지원시설 종사자 또는 사회복지사업 수행인력*으로 근로계약이 1년 이상, 주 40시간 이상 근로자(계약직 포함)

* 4대보험을 포함한 국·도·시군비 인건비 지원대상

※ 지급대상 : 「직무수당·복지수당 지급대상 시설·기관(단체)」(36p) 참고

※ 단, 무보수 명예직 또는 他시설(기관)에서 급여를 받는 경우 지급 제외함

나. 지급 요건

- 지급일 현재 당해 시설의 종사자 신분을 보유하고 급여를 받는 자
- 신규직원 입사 및 퇴사 등 급여 일할계산 지급 대상자에게 정액급식비도 일할계산 지급

다. 지급 시기

- 매월 보수 지급일

라. 지급 금액

- 종사자 1인당 월 7만원 정액 지급

〈참고〉 직무수당·복지수당 지급대상 시설·기관(단체)

구 분	시설 유형			관리운영 주체	
장애인 복지시설	생활 시설	장애인 거주시설		시군	
		단기거주시설		시군	
		장애인 공동생활가정		시군	
		피해장애인 쉼터(성인·아동)		도	
	이용 시설	지역 사회 재활 시설	장애인복지관(분관 포함)		도, 시군
			장애인 주간이용시설		시군
			수어통역센터		도, 시군
			시각장애인 등 생활지원센터		도, 시군
		직업 재활 시설	장애인보호작업장		시군
			장애인근로사업장		시군
		장애인자립생활센터		도, 시군	
		장애인생산품판매시설		도	
장애인 지원시설	장애인가족지원센터		도, 시군		
	충남여성장애인 교육기관		도		
	충남장애인민원상담센터		도		
	충남장애인권익옹호기관		도		
	충남발달장애인지원센터		도		
	충남발달장애인긴급돌봄센터		도		
	최중증 발달장애인 돌봄기관(그룹형 제외)		도(24시간), 시군(개별)		
	발달장애인 공공후견법인		도		
	충남지역장애인보건의료센터		도		
	충남보조기기센터		도		
	장애인편의증진기술지원센터		도, 시군		
	장애인편의시설설치 도민촉진단		도		

2-6 탈시설 장애인 자립정착금 지원

◆ 탈시설 장애인에게 자립정착금을 지원하여 경제적 부담을 경감하고 지역사회 안정적 정착을 도모

□ 개 요

○ 지원대상 : 도내 장애인거주시설*에서 지역사회 자립을 위해 퇴소한 장애인

* 장애유형별 거주시설, 단기거주시설, 공동생활가정, 자립홈(장애인자립생활지원센터 운영), 피해장애인쉼터 포함

[지원요건] ※ 모든 요건이 충족되어야 함

- 도내 장애인 거주시설*에 입소한 지 1년 이상인 장애인 ※ 쉼터의 경우 6개월 이상
- * 장애유형별 거주시설, 단기거주시설, 공동생활가정, 자립홈(장애인자립생활지원센터 운영), 피해장애인쉼터 포함
- 지역사회 내 자립(취업, 결혼, 지역사회체험(자립) 등)을 목적으로 퇴소하는 장애인
- 금전거래 등에 자기 결정권이 있거나 발달장애인 재산관리지원서비스, 공공후견인제도 등 (장애인 금전거래안전장치)을 이용할 수 있는 자
- ※ 위 조건 충족한 자로서, 공동생활가정·체험홈, 자립생활주택 입주자(자립퇴소준비자)는 퇴소 시에 신청

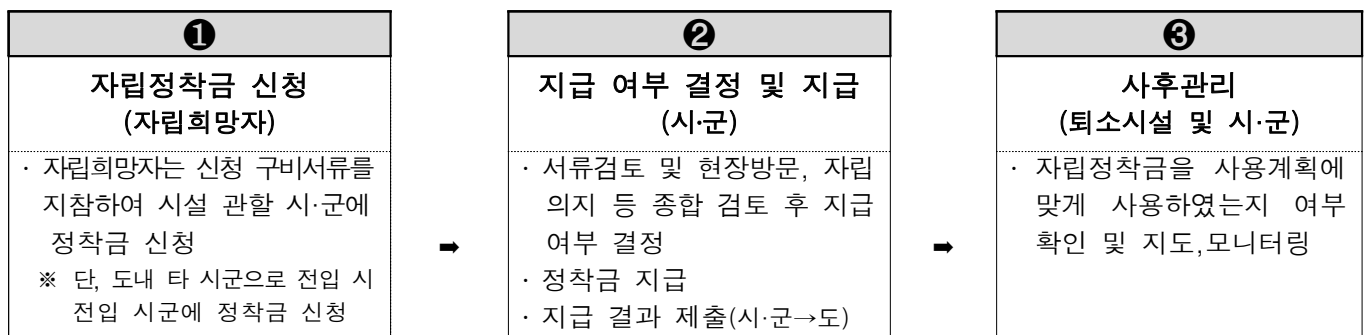
[제외대상]

- 장애인거주시설 퇴소일로부터 180일이 경과된 자
- * 단 시군 예산편성 시기로 신청이 늦어질 경우 퇴소일로부터 1년 이내
- 원가정 복귀(보호자가 있는 가정으로 퇴소), 타시설(장애유형별 거주시설, 단기, 공동생활가정, 자립홈(장애인자립생활지원센터 운영), 쉼터 포함) 입소예정자
- 1회 이상 시설 퇴소자 자립정착금 받은 자 (타 지자체 포함)
- 타 시도 전출자

○ 지원내용 : 주거지원(주택 임차보증금 등), 생활용품 구입비 등

○ 지원액 : 1인 10,000천원

□ 추진절차 : 신청 → 지급여부 검토 및 지원 → 사후관리



① 정착금 신청

○ 신청기한 : 퇴소 후 6개월 이내

※ 단, 시군 예산 편성 시기로 신청이 늦어질 경우 퇴소일로부터 1년 이내

○ 신청방법 : 구비서류 작성 후 시설 관할 시·군 담당자에게 신청서 제출

※ 단, 도내 타 시군으로 전입 시 전입 시군 담당자에게 신청서 제출

○ 신청서류

- 지급신청서 1부 (시설 퇴소 장애인)
- 거주시설 퇴소증명서 1부 (퇴소 거주시설장 확인)
- 정착금 반납서약서 1부
- 본인 명의 예금통장 사본 1부
- 그 외 취업·결혼·기타 사유로 자립생활을 증명할 수 있는 서류 일체

② 지급여부 검토 및 지원(시군)

○ 현장방문 및 서류 확인을 통한 대상자의 자립의지 검토 후 지급여부 결정

- 선정예정 인원 초과 지원 시, 임대보증금 등의 주거비용 우선 지원

○ 시·군 담당자는 개인별 본인 계좌로 자립정착금 지급 후 道로 결과 제출

③ 사후관리(퇴소시설 및 시군)

○ 자립정착금 지원 후 퇴소시설 및 시·군 담당 부서에서는 퇴소 장애인이 자립계획에 맞게 정착금이 사용될 수 있도록 확인 및 지도 / 3년간 연 1회 모니터링(전화, 서류 제출, 현장방문 등 택)

○ 자립하지 못하고 1년 이내 시설로 재입소하는 경우 지원금 환수 조치

□ 행정사항

○ (시·군)

- 관내 장애인거주시설에 사업홍보 및 신청서 접수, 정산보고, 사후관리(모니터링) 등
- 관할 거주시설 퇴소예정자(정착금지원 신청 예정 대상자) 수요 조사
 - * 관할 거주시설로부터 본 사업지원 조건에 부합하는 퇴소 예정 인원 수요 파악
 - * 수요 파악 시, 타 시군으로 전출 예정 시 전출 시군 및 道에 즉시 알림
- 지급 후 적정 사용 여부 등 3년간 연1회 모니터링(전화, 서류 제출, 현장방문 등 택)

○ (거주시설)

- 각 시군별 자립희망 퇴소자 수요 파악 협조, 사후관리(모니터링)
 - * 수요 파악 시, 타 시군으로 전출 예정인 경우 시설 관할 시군에 알려 전출 시군과 道에 알릴 수 있도록 협조
- 퇴소 희망 장애인에게 지원계획 안내, 시설 퇴소 전 자기관리 및 경제관념 등 상담, 자립정착금이 목적에 맞게 쓰일 수 있도록 지도
- 지급 후 적정 사용 여부 등 3년간 연 1회 모니터링(전화, 서류제출, 현장방문 등 택)

장애인거주시설 퇴소증명서				
퇴소자 인적사항 등	성 명		생년월일	
	주 소		연 락 처	
	장애유형		장애정도	
	시 설 명			
	입소기간			
	퇴소사유			
본 장애인 거주시설을 위와 같이 퇴소하였음을 확인합니다. 20 [시 설 명] ○ ○ ○(시설장) (직인) ○ ○ 시 장 · 군 수 귀하				

탈시설 장애인 자립정착금 지급신청 검토의견서					
신청인 (장애인)	성 명			생년월일	
	주 소			연 락 처	
	장애 유형			장애 정도	
정착금 신청내용		* 예) 사용 용도 및 계획			
면담 일시 / 장소					
주요내용		* 예) 자립동기, 자립계획, 일상생활 계획 등 면밀히 검토			
검토결과					
검토자	직 급		성 명	(서명)	

탈시설 장애인 자립정착금 반납서약서

☐ 자립정착금 신청자 인적사항

성명	
주소	
생년월일	

상기인은 중증장애인의 자립정착과 지역사회 자립생활을 위하여 지원하는 자립정착금을 수령한 후, 귀책사유(자립포기, 허위 청구, 시설 복귀 등)가 발생할 때는 즉시 현금으로 반납할 것을 서약합니다.

20 . . .

신청자 : (인)

○○시장·군수 귀하

장애 인재 활



3-1 청각장애아동 인공달팽이관 수술 및 재활치료비 지원

1. 사업목적

- 수술이 가능한 저소득 청각장애 아동에게 인공달팽이관 이식 수술비 및 언어재활치료비를 지원하여 청각 기능의 회복 및 장애 극복 도모

2. 추진근거

- 장애인복지법 제18조(의료와 재활치료), 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원개요

가. 지원 대상

- 도내 주민등록을 두고 거주 중인 청각장애로 등록된 15세 이하 아동(2012. 1. 1 이후 출생)
- 기준중위소득 120% 이하 가구로 공통사항의 “2026년 가구원 수 및 소득조사 기준”적용
※ 보건복지부고시 제2018-254호(‘19. 1. 1.시행)호에 의한 요양급여의 적용기준 해당자
- 선정 우선순위

- 1순위 : 맞춤형 급여* 지원대상 가구의 10세 이하(2017. 1. 1. 이후)
- 2순위 : 맞춤형 급여 지원대상 가구의 15세 이하(2012. 1. 1. 이후)
- 3순위 : 기준중위소득 120% 이하인 가구의 10세 이하 청각장애아동(2017. 1. 1.이후)
- 4순위 : 기준중위소득 120% 이하인 가구의 15세 이하 청각장애아동(2012. 1. 1.이후)

* 국민기초생활 보장법상 맞춤형급여 생계, 의료, 주거, 교육급여 지원가구

나. 지원내용

- 지원항목 : 수술치료비, 진료비(입원, 통원), 매핑치료*, 인공달팽이관 수술 후 청능 및 언어 재활 훈련 관련 재활치료비, 인공달팽이관 배터리 교체 및 습기제거제 등 소모품 구입비**

* 매핑치료(mapping) : 환자가 들을 수 있는 가장 작은 소리와 편안하게 들을 수 있는 가청 범위를 찾아낸 후 인공달팽이관 내 각 전극 간의 균형을 잡아주는 과정

** 배터리 교체 및 습기제거제 등 소모품 구입비는 수술 및 재활치료 대상자로 선정된 자에 한해 연 최대 40만원까지 지원

- 지원금액 : 1인 최대 10,000천원 이내(도비 30%, 시군비 70%)

- 단, 수술 가능 여부 확인을 위한 사전 검사비는 지원하지 않으며, 수술 치료비 지원이 필요 없는 경우,* 재활치료만을 목적으로 하는 지원은 최대 4,000천원 이내(단, 예산 범위 내에서 지속 재활치료가 필요한 경우 추가지원 가능)

* 지원 대상자로 결정 전에 자부담 등으로 인공 달팽이관 수술치료를 받은 자, 동 사업으로 수술치료비를 기 지원받은 자 등

5. 신청 및 지원절차

가. 신청방법

- 신청인 : 청각장애 아동의 보호자 및 시설장
- 신청장소 : 지원대상자(청각장애아동) 주민등록지 읍면동 주민센터
- 제출서류
 - 1) 지원신청서(서식1) 1부
 - 2) 인공달팽이관 수술 및 재활치료계획서(서식3)
 - 3) 건강보험료 납부 영수증 또는 건강보험금액 확인증빙서(수급자 및 차상위계층 제외)
 - 4) 수술가능확인서(서식2) 1부(병원진단서 대체가능) *수술비신청자
 - 5) 수술확인 진단서(의료기관) 1부
- 재활치료비 신규지원 신청자에 한하며 전년도 지원자는 제출 생략 가능

나. 수술 전 검사

- 수술비 신청시 청각장애아동 보호자는 수술적격 여부 사전검사 확인을 받아야 한다.
- 보호자가 있는 시설입소 장애인은 보호자 동의서를 받아 검사를 신청하여야 한다.
- 이미 검사를 받아 수술이 가능함을 판정 받은 청각장애아동은 사전 검사 생략 가능

다. 지원대상 선정 통보

- 시장군수는 우선순위에 지원대상에게 지원금액 및 보조금 지원절차를 안내한다.

라. 치료 현황 보고

- 보호자 및 시설장(수술아동이 시설 거주하는 경우)은 재활치료 및 훈련 결과를 매 3개월마다 해당 시군에 통보하여야 한다.
- 청각장애아동 보호자는 재활치료센터(병원부설, 청능훈련, 언어 치료센터 등)에 아동의 재활치료 의뢰 후 인공 달팽이관 수술지원 수행계획서(서식3)를 시장·군수에게 제출해야 한다.
- 재활치료센터 등이 개인 시설인 경우 사업자등록증, 면허증사본, 진단서 첨부
- 시장·군수는 청각장애아동 인공달팽이관 수술비 및 재활치료비 지원 결정을 한 때에는 「청각장애아동 인공 달팽이관 수술비 및 재활치료비 지원대상자 관리카드」(서식4)를 기록·유지하여야 한다.
- 지원 대상자가 도내 시군으로 전출 시, 전입지 시군(본청)으로 관리카드를 이송해야 한다.

마. 보조금 지원방법

- 시장군수는 의료기관(재활센터)의 청구에 의해 해당 의료기관(재활센터)에 직접 보조금을 지급하여야 한다.
- 치료비 청구 시 해당 의료기관에서는 치료 내역을 확인할 수 있는 세부 진료 및 청구내역 등을 첨부하여야 한다.

- 시장군수는 수술 및 재활치료비를 청구에 의거하여 해당 병원 및 재활센터에 지급하도록 하며, 치료비 지출 기한(매년 12월 31일)내 신청하도록 안내한다.
- 병원 일정 및 환자의 상태로 부득이하게 먼저 수술이 이루어졌을 경우, 해당 연도에 대상자 책정 시, 기지급한 수술비 영수증 및 진단서 등 증빙서류 제출 후 보조금을 보호자 계좌로 지급할 수 있다.(가족관계 증빙자료 제출 필)

인공와우의 급여기준

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 제2018 - 185호, '18.11.1.시행)

Ⅲ. 치료재료
4. 처치 및 수술료 등

제 목	세부인정기준
인공와우 급여기준	1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함.
	- 다 음 -
	가. 급여대상
	1) 1세 미만 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우
	2) 1세 이상 19세 미만 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.
	3) 19세 이상 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.
	4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.
	5) 아래의 대상자 중 양이청(Binaural Hearing)이 반드시 필요한 경우 상기 1), 2), 3), 4) 각 해당 조건에 만족 시 반대측 또는 양측 인공와우를 요양급여함. 다만, 아래의 가), 나)의 경우 순음청력 검사 및 단음절어에 대한 어음변별력, 문장언어평가 결과는 인공와우를 착용하지 않은 상태에서 실시한 결과를 적용함.
	- 아 래 -
	가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자 나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자 다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자.
	나. 급여개수
	1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여하되, 분실, 수리가 불가능한

제 목	세부인정기준
	파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함. 2) 상기 가.5)의 19세 미만에서 양측 인공와우 시술이 필요한 경우는 2set(내부장치, 외부장치)를 요양급여하되, 이후 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 2개 이내에서 추가 요양급여함. 다. 시설·장비 및 인력 기준 1) 시설·장비 가) 청각실: 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함. 나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능). 2) 인력 가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우 - 아 래 - (1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우 이식술을 시행하는 상급종합병원에서 2년 이상 이과) 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동 시술한 경험이 있는 자 (2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설, 장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보받은 기관에서 3년 이상 와우이식술을 시술 또는 공동 시술한 경험이 있는 자 (3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자 나) 보조인력 : 청각유발반응 검사와 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어평가, 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실) 3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함. 2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)

인공 달팽이관 관련 참고사항

□ 인공 달팽이관이란?

- 내이의 손상으로 인해 고도의 감각신경성 난청 혹은 농(聾)이된 환자에게 청력을 제공하기 위해 외부의 음원으로부터 전달되어온 소리에너지를 내이(內耳)를 대신하여 전기적 에너지로 변환시켜, 체내에 삽입된 전극을 통해 청신경을 직접 자극하는 장치

□ 인공달팽이관의 구성과 원리

- (구성) 인공달팽이관은 크게 체외부분과 체내부분(수술시 삽입)으로 나누어져 있다. 달팽이관 속으로 삽입하는 전극을 가진 체내부는 수신용 안테나와 자극기를 가지고 있고, 그 끝은 길이 17mm의 22개 백금전극으로 이어져 있다. 체외부는 음성정보를 전기 신호로 바꾸어 체내부로 전달하는 장치로 수신용 마이크, 언어합성기, 송신용 안테나 등으로 되어 있다.
- (원리) 외부의 소리를 머리에 장치하는 마이크로폰에서 받아들여 언어 합성기에서 전기신호로 부호화된 후 귀 뒤에 부착된 안테나를 통해 피부 속에 심어준 체내부(수용/자극기)에 보내 진다. 와우관내로 삽입된 전극을 통해 전기신호가 와우신경의 신경세포를 자극하게 되고, 다시 뇌로 전달된 신호를 감지하게 된다.
- (외국사례) 호주가 앞서 있으며, 전 세계적으로 약 3만명이 수술받았으며 우리나라도 지난 '88년 이래 약 300명이 수술을 받았으며, 호주에서 개발한 기기를 주로 많이 사용하고 있음.

□ 수술 전 검사

1) 각종 청력 검사

- 순음청력검사, 어음청력검사, 임피던스청력검사, 이음향방사검사 뇌간유발반응검사(ABR) 등

2) 의학적 검사 : 병력청취, 이과적, 내과적 검사, 전신마취를 위한 검사

3) CT 촬영(측두골 전산화 단층촬영)

4) MRI 촬영(자기공명 영상촬영)

5) 말, 언어평가

① 말 평가 : 조음기관 검사, 음성검사, 발음검사, 말인지 검사

② 언어평가 : 어휘력 검사, 구문, 구조에 관한 검사, 언어샘플 분석검사

- 6) 와우감각 전기자극 검사(PST)
- 7) 전기자극 뇌간유발반응검사(EBAR)
- 8) 정신심리적 검사 및 기타 아동의 특성에 따른 검사

□ 수술 후 재활치료 및 청능훈련

- 아동의 청능훈련 기간이 몇살인 경우 몇 년이 걸린다는 식으로 단정짓기가 어려우며 또한 단정지을 수 없는데 이는 아동의 이해력과 인지력이 청능훈련에 영향을 끼치며, 유·소아의 경우 주변의 협력정도와 수술 후 교육기관의 재활훈련에 대한 태도에 따라서도 큰 차이가 있으므로 보호자와 병원 및 언어치료실의 협력체제 구축이 매우 중요함.

□ 기대효과

- 청각장애인에 대한 조기 장애진단 및 수술을 통해 정상인으로 생활하도록 함으로써 국가 부담을 줄이는 효과가 있음.

□ 수술 후 결과

- 수술 받은 아동 중 6개월 이상 재활훈련을 한 10여명을 대상으로 성적을 분석해보면, 수술 전에는 대부분 청력이 100dB 이상이고, 보청기를 착용하고도 어음인지력이 25% 미만이었지만, 수술 후에는 15dB-30dB로 청력이 매우 향상되었고, 환경음의 인지력도 90% 이상으로 나타났음.

<서식 1>

청각장애아동 인공달팽이관 수술 및 재활치료비 지원 신청서					처리기간	
					별도안내	
지원 대상자 (장애인)	성 명		생년월일(성별)			
	주 소					
	연락처					
	장애등록일		장애정도			
보 장 구 분 (해당란에 √)		☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 기준 중위소득 120%이하				
기 지원내용		☐ 지원(수술치료비, 재활치료비) ☐ 미지원				
신 청 내 용		☐ 인공달팽이관 수술치료비 ☐ 재활치료 ※ 중복체크 가능				
신 청 금 액		금 원(₩)				
계좌번호		은행명		예금주		
상기와 같이 청각장애아동 인공달팽이관 수술 및 재활치료비 지원을 신청합니다. 년 월 일 신청인 (인/서명) 지원대상자와의 관계 () 00시장·군수 귀하						
제출서류 : 인공달팽이 재활치료 신규수술 수술가능확인서 또는 수술확인서 (의료기관 진단서 가능)						

〈서식 3〉

인공달팽이관 수술 및 재활치료 수행계획서

1. 수술계획

아 동 명	(남, 여)	생년월일	
시설장 및 시설명 보호자명		연 락 처	
수술병원(담당의사)		수술일자	

* 재활치료비만 신청하는 경우 기 수술일자 기재

2. 재활훈련 계획

재활치료 기관현황	기관명	
	주 소	
	연락처	
재활치료 계 획	○ 치료내용 ○ 치료일정 ○ 이용횟수 ○ 치료금액 등 치료계획 기재	
기 타		

〈서식 4〉

인공달팽이관 수술 및 재활치료 지원자 관리카드

☐ 시 군 명 :

☐ 수술실적 및 수술 후 재활관리 실적

1. 수술실적

아 동 명	(남, 여)	생 년 월 일	
보호자명 (시설장 및 시설명)		연 락 처	
수 술 병 원 (담 당 의 사)		수 술 일 자	
지 원 액(원)			

2. 재활치료 실적

재활치료기관명		연락처	
소 재 지			
지 원 액(원)			
최초재활치료시작	년 월		
치 료 실 적	주()회 / 연()회 , 1회()시간		
재활치료내용			
재활치료경과			
치료비 지원	시설내 무료, 정부지원, 기관후원 등 기재		
재활치료지원기간	년 월 ~ 년 월		
비 고			

3-2 장루 · 요루 장애인 의료비 지원

1. 사업목적

- 저소득 장루·요루 장애인에게 의료용품 구입비를 지원하여 경제적 부담 경감

2. 추진근거

- 장애인복지법 제18조(의료와 재활치료), 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원개요

가. 지원대상

- 신청일 현재 충청남도 내 주민등록을 두고 있는 기준중위소득 120%이하인 장루·요루 등록 장애인으로 공통사항의 “2026년 가구원 수 및 소득조사 기준” 적용
- 주 장애가 장루·요루장애가 아니어도 중복장애로 등록된 자 지원 가능

나. 지원내용 : 보호판, 장루·요루 주머니 등 의료케어(care)제품 구입비

다. 지급금액 : 1인 연 230천원 이내(도비 30%, 시군비 70%)

라. 신청방법 : 아래의 서류를 주민등록지 읍면동 행정복지센터에 제출

- 장루·요루 장애인 의료비 지급신청서 1부
- 장루·요루 의료케어용품 구입내역 확인이 가능한 증빙자료(간이영수증 불가)
- 건강보험료 납부 영수증 등(해당자)

마. 지급시기 : 분기별 지급(지급신청 접수 시, 처리 기간 별도 안내)

바. 지급방법

- 장루·요루 의료케어용품 구입 증빙서를 제출한 장애인의 계좌에 입금
 - 다만, 압류로 인하여 본인 계좌를 이용하기 어려운 경우 등 부득이한 사유가 있는 경우 해당하는 금액을 현금으로 수급자에게 직접 지급할 수 있음.
 - 현금 지급이 어려울 경우 주민등록상 가족관계에 있는 가족통장에 지급할 수 있음.
(단, 가족관계증명서, 본인 동의서, 통장사본을 반드시 첨부하여야 함)

〈서식 1〉

장루·요루 장애인 의료비 지급신청서					처리기간	
					별도안내	
신청인 (장애인)	성 명		생년월일(성별)			
	주 소					
	연락처					
	장애등록일		장애정도			
보 장 구 분 (해당란에 √)		☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 기준중위소득 120%이하 ☐ 기타(기초연금 수급자 등)				
신 청 금 액		금 원(₩)				
계좌번호		은행명		예금주		
상기와 같이 장루·요루 장애인 의료비 지원사업을 위와 같이 신청합니다. 년 월 일 신청인 (인/서명) 00시장·군수 귀하						
제출서류 : 장루·요루 의료케어용품 구입내역 확인이 가능한 증빙서(간이영수증 불가) 건강보험료 납부 영수증(해당자)						

〈서식 2〉

장루·요루 장애인 의료비 지급대장

(단위 : 원)

일련 번호	분기	성 명	성 별	생년월일	소득기준	지원금액	비 고
1	1분기						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

3-3 미취업장애인 건강검진 지원

1. 사업목적

- 저소득 미취업 장애인의 질환 조기 발견 및 예방을 통하여 건강증진 도모와 건강한 사회 실현

2. 추진근거

- 장애인복지법 제18조(의료와 재활치료), 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 지원 내용

가. 지급 대상

- 신청일 현재 충청남도 내 주민등록을 두고 있는 18세 이상의 미취업 등록장애인
- 소득기준 : 기준중위소득 120% 이하로 공통사항의 “2026년 가구원 수 및 소득조사 기준” 적용

나. 지원내용 : 건강검진 비용 1인 200천원 이내

- 당해연도 예산 범위 내에서 소득수준이 낮은 자, 장애 정도가 심한 자, 나이가 많은 자 순으로 우선 지원하며, 국민기초생활 수급자 중 2차 검진이 필요한 경우 검진비 중 200천원 지원 가능

다. 재원부담 : 도비 30%, 시군비 70%

라. 지급방법

- 건강검진기관과 협약 후 검진기관으로 지급
- 부득이 타 기관에서 검진한 경우 건강검진 확인서 등 증빙서를 받은 후 장애인 본인 계좌에 지급

<서식 1>

미취업장애인 건강검진 지원 신청서				처리기간
				별도안내
신청인 (장애인)	성 명		생년월일(성별)	
	주 소			
	연락처			
	장애유형		장애정도	
보 장 구 분 (해당란에 √)		☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 기준중위소득 120%이하		
상기와 같이 미취업장애인 건강검진 지원사업을 신청합니다. 년 월 일 신 청 인 (인/서명) 시장·군수 귀하				
제출서류 : 전월 건강보험료 영수증 또는 고지서 사본 등(해당자)				

미취업장애인 건강검진 지원대장

일련 번호	성 명	성 별	생년월일	장애 유형 (장애 정도)	지원 형태 (검진기관, 본인계좌)	비 고
1						
2						
3						
4						
5						
:						
:						
:						

3-4 장애인 건강교실 운영

1. 사업목적

- 장애인과 그 가족을 위한 무료 건강교실을 운영하여 사회참여 기회 확대 및 건강증진 도모

2. 추진근거

- 장애인복지법 제18조(의료와 재활치료), 충청남도 장애인복지발전 5개년계획

3. 사업개요

가. 사업대상 : 충청남도 내 주민등록을 두고 있는 장애인 및 장애인 가족

나. 사업내용 : 장애인건강교실운영비 및 장비구입 지원

- 장애인건강교실 : 프로그램 운영 강사비, 홍보비 등
- 장비구입지원 : 헬스기구, 건강기구 구입비 등

다. 재원부담 : 도비 30%, 시군비 70%

라. 수행방법

- 지역 내 복지관이나 단체 등에 위탁하여 사업수행 가능
- 가급적 민간에 위탁하되, 부득이한 경우 자치단체에서 직접 시행

마. 행정사항(시군)

- 장비 비치 현황 점검 : 연 1회 (장애인 이용 현황, 고장 유무 등)
- 내구연한이 지나거나 고장 등으로 사용 불가능한 경우, 시군 승인 후 불용처리
- 프로그램 운영 일지, 장비 이용 일지 작성 지도 등 건강교실 운영 지도 실시

〈서식 1〉

장애인 건강교실 건강기구 관리현황

일련 번호	건강기구명		구입금액 (단위:천원)	구입일자 (제조일자)	관리현황		비고
	종류	제품명			수리일	수리내용	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

참고 장애인생활안정(의료재활) 정산 및 추진 실적 보고

(시군명 :)

1. 보조금 집행현황

(단위 : 원)

구 분	교부액(A)	집행액(B)	집행잔액 (C=A-B)	비 고
계				
도 비				
시군비				

2. 20 년도 장애인 생활안정(의료재활)지원 추진실적

(단위 : 천원, 명)

세부사업명	집행액 (도+시군)	지원인원(명)				성별		비 고
		계	기 초 수급자	차상위	차상위 초과	남	여	
계								
인공달팽이관 수술 및 재활치료								수술 명 재활 명
장루·요루장애인 의료비지원								
미취업장애인 건강검진지원								기관 명 개인 명
장애인 건강교실운영								

※ 해당연도 사업 시행 후, 다음연도 1. 31.까지 추진실적 보고

3-5 장애인보장구 수리지원사업

① 사업개요

1. 사업목적

- 전동스쿠터, 전동휠체어 등 장애인보장구(이하 보장구)에 대한 수리지원으로 장애인의 생활편의 도모와 사회참여를 증진

2. 추진근거 : 「장애인복지법」 제65조

3. 사업개요

가. 지원대상 : 보장구를 이용하는 「장애인복지법」 상 등록장애인

나. 지원내용 : 보장구 고장 시 방문 수리서비스 제공

- 출장비와 기술료는 전액 지원(부품비와 별도)
- 부품비는 지원한도 내에서 지원하되, 초과분에 대하여는 본인(보장구 소유자)부담
 - 부품비 지원한도 : 기초수급자 및 차상위 가구 연 30만원, 일반가구 연 20만원 한도
 - 단, 부품비는 연초 집중 신청으로 인한 예산의 조기 소진 예방과 다수의 지원을 위해 연 1회 지원을 원칙으로 하되 시군별 가용예산 및 수요 등을 고려하여 추가지원 가능

다. 재원부담 : 도비 30%, 시군비 70%

라. 추진체계

구분	기 능
도 (장애인복지과)	· 사업계획 수립 및 사업지침 시달 · 기타 장애인보장구 수리지원에 관한 관리·감독 · 장애인보장구 수리지원 사업 예산 지원 및 사업 평가
시군 (장애인 보장구 담당 부서)	· 수리지원 결정 및 통보 · 보장구 수리 지정업체 선정 및 협약체결 · 수리비용 지급 및 실적보고 · 장애인보장구 지정업체 관리·감독 및 예산집행 (지도점검 실시)
읍면동	· 신청 접수 및 신청서 송부(→시군) ※ 신청·접수 전, 시군 담당부서와 협의(가용 예산 등)
서비스 제공기관 (수리업체)	· 수리서비스 제공 및 비용청구(→시군)

② 수리시설 신청 및 결정

1. 수리지원 신청

- 신청인 : 본인(본인이 직접 신청할 수 없는 경우 가족이나 친족이 대리 신청 가능)
- 신청기간 : 예산의 범위 내에서 상시 신청 가능
- 신청장소 : 신청인의 주민등록상 주소지 읍·면·동 행정복지센터(주민센터)
- 제출서류 : 장애인보장구 수리지원 신청서(별지 제1호 서식)

2. 수리지원 결정

- 읍면동장은 신청인이 제출한 신청서를 시군 장애인보장구 담당부서에 즉시 송부하고 시군은 지원기준 적합여부, 가용예산 등을 확인한 후 수리지원 여부 결정
 - 보장구의 내구연한(6년)이 경과 된 경우에도 수리 지원 가능
- 다만, 다음의 경우에는 지원하지 아니할 수 있음
 - 산업재해보상보험 요양급여 대상자인 경우 (*별도 수리비 지원제도 있음)
 - 보장구 구입일로부터 1년이 경과되지 아니한 경우로 판매업체 등에서 무상수리 서비스를 받을 수 있는 경우
- 보장구 구동용 전지(이하 배터리)는 원칙적으로 지원하지 아니하되, 다음에 해당하는 경우로써 시장·군수가 특별히 지원이 필요하다고 인정하는 경우에는 지원할 수 있음
 - 국민건강보험 또는 의료급여에 의한 보장구 구입비용(이하 “급여”)을 지원을 받지 아니하고 본인 부담으로 보장구를 구입한 장애인 중 타 지원*사업 대상이 아닌 경우
 - 배터리 구입일로부터 1년 6개월이 경과하지 아니하여 급여를 받을 수 없는 경우로 사고 등 배터리의 물리적 손상에 따른 교체가 불가피한 경우

배터리 교체비용 지원제도

- ☞ 배터리구입 후 내구연한(1년6개월) 경과 시 국민건강보험급여, 의료급여, 산업재해보상보험 요양급여 등 구입비용 지원(기준가액은 160천원이며, 급여종류에 따라 지원률 (80~100%)적용)

- 단, 위의 해당하는 경우라도 아래의 대상에게는 지원할 수 없음
 - 전동보조기기를 스스로 작동할 수 없는 경우*에 해당하여 타지원**이 불가한 경우
- * 스스로 작동할 수 없는 경우 : 인지기능 어려움, 장기요양등급판정을 받은 자 중 혈관성 치매 등, 정신질환자(단, 우울증은 지급 가능) **의료급여사업안내 지침 준용**
- ** 타지원 : 국민건강보험급여, 의료급여, 산업재해보상보험 요양급여 등

3. 수리 지원 결정 통보 및 수리 의뢰서 발급 등

- 시장·군수는 지원대상자와 지정업체에 『장애인 보장구 수리지원 결정통보 및 수리 의뢰서』(별지 제2호 서식, 이하 의뢰서)를 교부함하여 수리지원 결정사항 통보
- 의뢰서는 지원 대상자에게는 직접 교부하고 지정업체에는 팩스 등으로 교부

③ 수리지원 서비스 제공

1. 수리 지원의 시기

- 지정업체는 의뢰서를 교부받은 때로부터 24시간 이내에 지원 대상자의 자택 등을 방문하여 수리 서비스를 제공하여야 함
 - 지정업체는 「의료기기법」 제16조에 의한 의료기기 수리업체의 지위를 가지며, 지정업체가 제공한 서비스의 내용에 대한 모든 민·형사상 책임은 지정업체에 귀속됨
- 다만, 기타 부품 수급 등 불가피한 사유로 지정업체가 24시간 이내에 서비스를 제공함이 곤란한 경우 시장·군수는 3일 이내에 서비스를 제공하도록 승인 할 수 있음
 - 시장·군수는 원활한 사업추진을 위하여 부품수급 등 24시간 이내에 서비스 제공이 불가피한 경우는 지정업체와 협의하여 정할 수 있으며, 사전에 정한 사항은 승인을 득한 것으로 간주

2. 고장의 진단 및 수리 비용의 고지

- 지정업체는 소속 책임기술자(이하 수리요원)으로 하여금 보장구의 상태와 지원대상자의 진술 등을 토대로 고장 부위 등을 진단하게 하고 그 진단내용과 서비스에 소요되는 비용을 지원 대상자에게 고지하여야 함.
 - 고장의 진단 및 고지 내역은 『장애인보장구 고장 진단 및 본인확인서』(별지 제3호 서식)에 기록하고 대장의 형태로 보관하여야 함
 - 수리요원은 지원대상자가 수리비용 부담 등의 사유로 서비스를 거부하는 경우 서비스를 제공 하지 아니할 수 있음

3. 서비스의 제공

- 지정업체 및 수리요원은 서비스 제공 시 부품의 부분적인 교체 또는 수선으로도 고장 등이 해소될 수 있다고 판단되는 경우 안전에 지장이 없는 범위 내에서 부품의 부분적인 교체 또는 수선을 통해 수리비용을 절감하도록 노력하여야 함
- 보장구 부품의 교체가 불가피한 경우 출고시에 장착된 부품으로 교체함을 원칙으로 하되, 부득이한 경우에 한 해 당해 부품과 동등한 등급과 기능을 갖춘 부품으로 교체 가능
- 다만, 지원 대상자가 임의로 부착한 부속품은 교체하지 아니함

4. 재위탁

- 지정업체는 지원 대상자에게 수리요원을 통하여 서비스를 제공하여야 하며, 제3자 또는 제3자의 소속 직원(이하 “제3자 등”)에 재위탁할 수 없음
- 다만, 보장구의 핵심 부품 등의 고장 또는 훼손으로 통상적인 수리가 곤란한 경우, 해당 보장구의 제조업자 등에게 수리토록 하게 할 수 있음
 - 제3자에게 위탁하게 하는 경우 사전에 시장·군수에게 보고하고 승인을 득하여야 함

- 지정업체는 현장에서 즉시 수리가 곤란하다고 판단되는 경우 지정업체의 사무소 등 수리가 가능한 곳으로 보장구를 운반할 수 있으며, 이 경우 제3자 등에게 대행하게 할 수 있음
- 보장구 운반에 따른 추가비용은 산정하지 아니하며, 보장구의 적재, 운반 등의 과정에서 발생한 파손에 대하여는 지정업체가 배상하거나 지정업체의 부담으로 수리하여야 함

5. 본인부담금

- 서비스 제공에 따른 부품 교체 비용이 지원대상자의 연간 부품비 지원 한도액을 초과하는 경우 그 초과액(이하 본인부담금)은 지원대상자가 부담하여야 함
- 지정업체 및 수리요원은 지원 대상자로부터 “본인부담금” 이외의 추가 비용을 징수 하거나 요구하여서는 아니됨

④ 비용의 청구·지급 등

- 해당 월의 서비스 실적을 취합하여 익월 5일까지 다음 증빙자료를 첨부하여 시군에 청구
 - 장애인보장구 수리지원 비용 청구서(별지 제4호 서식)
 - 장애인보장구 수리지원 결정 통보 및 수리 의뢰서(별지 제2호 서식)
 - 장애인보장구 고장진단 및 본인확인서(별지 제3호 서식)
 - 장애인보장구 수리지원 비용 세부내역서(별지 제5호 서식)
- 시장군수는 지정업체가 제출한 수리 비용청구서 및 증빙자료를 검토하여 적정하다고 판단되는 경우 청구일로부터 10일 이내에 지정업체에 수리비용 등을 지급
 - 시장군수는 청구 내역을 확인한 결과 추가자료 제출 및 보완을 요구할 수 있으며, 이 경우 지급 기한을 연장할 수 있음

⑤ 지정업체

1. 지정업체 선정

- 시장군수는 보장구 수리 경험과 능력을 갖춘 보장구 관련 업체로서, 「의료기기법」에 의한 보장구 수리업 신고를 필한 업체를 지정하여 협약 체결
- 시장군수는 보장구 보유 대수, 관련 업체분포, 이동 거리 등을 고려하여 지정

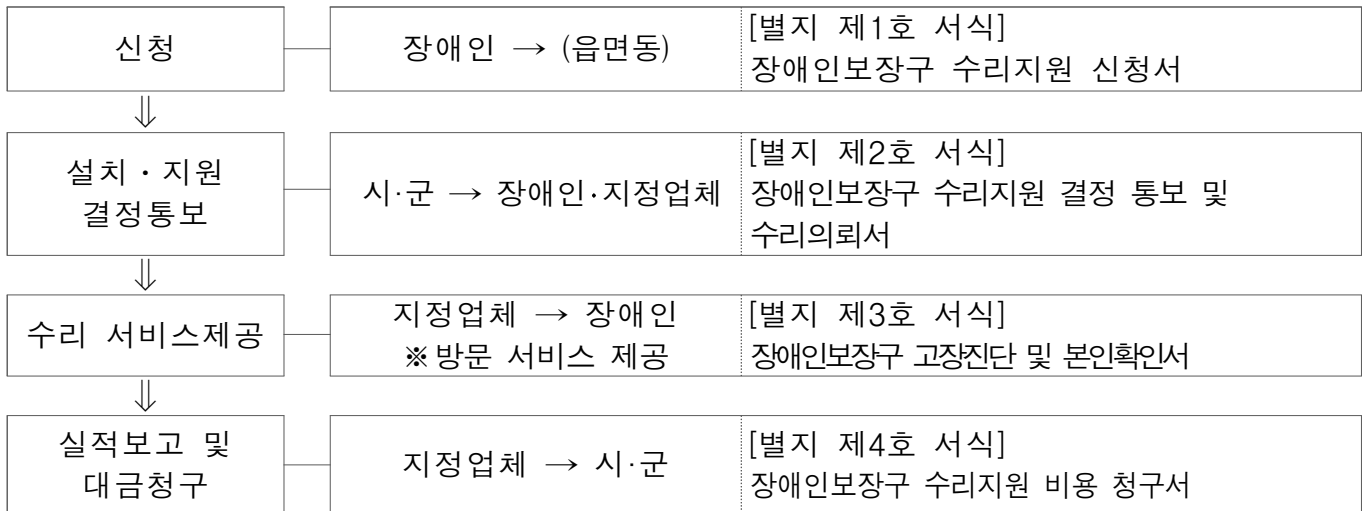
2. 협약 체결

- 시장군수는 지정업체와 협약을 체결하여 서비스 대상절차, 책임의 한계 등을 명확히 해야함
 - 지정 협약서 표준안(별지 제8호 서식)을 참고하여 시장군수와 지정업체 간 협약체결

3. 지도점검

- 지정업체에 대하여 연 1회 이상 수시 지도점검하고 지정업체는 이에 성실히 응해야함

6 신청 및 지급절차



7 행정사항

- 시장군수(읍면동장)는 보장구를 이용하는 장애인이 수리지원 서비스를 이용할 수 있도록 홍보 (반상회보 게재, 장애인단체 등을 통한 홍보 및 개별 안내문 발송 등)를 실시하여 서비스를 필요로하는 장애인이 누락 되지 않도록 노력하여야 함.
- 시장군수는 지정업체와 협약을 체결할 경우, 협약체결 익월 10일까지 협약체결 내역 (지정업체 현황 포함)을 보고하여야 함.
- 시장군수는 분기별로 지원실적을 보고하되 보장구 수리지원 사업추진실적(별지 7호)에 의거 매 분기 마지막 달의 익월 10일까지 보고하여야 함.
- 시장군수는 서비스 품질 제고와 지정업체의 부당행위 감독을 위하여 지원 대상자에 대한 만족도 조사(별지 6호)를 실시할 수 있음.

8 기 타

- 시장군수는 보장구 수리 지원사업을 추진함에 있어 예산의 범위 내에서 수리지원 서비스가 최대한 제공되도록 노력하여야 함
- 시장·군수는 지정업체 및 대상자에게 지원 절차, 내용 및 비용의 부담 등 제반사항을 안내 하여 부정행위 및 서비스 이용자와 지정업체 간 분쟁을 예방하여야 함
- 시장군수는 일시적인 혼선을 예방하고 사업이 안정적으로 추진될 수 있도록 지정업체에 사업비 일부를 선(先) 지급하고 사후 정산할 수 있음
- 지정업체는 선(先) 지급 받은 사업비로 예비부품, 장비를 구입하거나 서비스 품질 향상을 위하여 수리요원 인건비 등에 사용할 수 있음

장애인보장구 수리지원 신청서

신청인	성명		생년월일			
	장애유형		장애등급			
	주소			연락처		
	소득수준	☐ 기초수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 일반소득				
보장구	유형	☐ 전동스쿠터 ☐ 전동휠체어 ☐ 수동휠체어				
	제조업체					
	명칭/규격					
	구입일시	년 월 ※모르는 경우 미기재	배터리 구입일시	년 월 ※모르는 경우 미기재		
수리가 필요한 부품 또는 부위						
위와 같이 장애인보장구 수리지원을 신청하며, 보장구 수리비용이 부품비 지원한도액을 초과하는 경우 그 초과분은 본인이 부담함에 동의합니다. 20 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인) 대리인 : (서명 또는 인) 시장·군수 귀하						
< 구비서류 > ○ 신분증 < 대리 신청 범위 > ○ 「민법」상 가족, 친족이 신청가능						

장애인보장구 고장진단 및 본인확인서

식별 번호	※수리의뢰서와 동일하게 기재함			(단위 : 원)	
지원 대상자	성명		생년월일		
	주소			연락처	
보장구	유형	☐ 전동스쿠터 ☐ 전동휠체어 ☐ 수동휠체어			
	제조사		품명/규격		
진단 내용	고장 부위(부품)			고장 정도	교체 시 소요비용
	종류 또는 부품명	규격	수량		
	계				
				수리 가능 / 교체 필요	
				수리 가능 / 교체 필요	
				수리 가능 / 교체 필요	
				수리 가능 / 교체 필요	
본인 부담금 산출					
구분	총 소요액 (A)		지원액 (B)	본인부담금 (C)= (A) - (B)	
부품비					
출장비 및 기술료				없음	
상기와 같이 장애인보장구 고장을 진단하고 소요비용을 안내합니다. 20 진단자 : 업체명 책임기술자 성명 (서명)					
위 진단내용에 동의하며, 본인부담금을 부담하겠으므로 수리하여 주시기 바랍니다. 확인자 : 지원대상자 성명 (서명)					
수리완료 확인	상기 고장내용에 대한 수리가 완료되었음을 확인합니다. 수리일자 20 확인자 : 지원대상자 성명 (서명)				

장애인보장구 수리지원 비용 청구서

사업자등록번호		대 표 자	
업 체 명			
청구(수리)기간	21 년 ○월 ○일 ~ ○월 ○일		
청 구 금 액	금 원		
은행/계좌번호	/		
수리 및 청구 세부내역	구 분	대 수	금 액
	계		
	전동 스쿠터		
	전동 휠체어		
	수동휠체어		
장애인보장구 수리지원 비용을 상기와 같이 청구합니다.			
20 . . .			
신청인 : 업체명			
대표자 성명 (직인)			
○○ 시장·군수 귀하			
<구비서류> 1. 장애인보장구 수리지원 결정통보 및 수리의뢰서 1부.(별지 제2호 서식) 2. 장애인보장구 고장진단 및 본인확인서 1부.(별지 제3호 서식) 3. 장애인보장구 수리지원 비용 세부내역서 1부.(별지 제4호 서식) 4. 세금계산서 5. 통장사본 6. 기타 시장·군수가 필요하다고 판단하는 서류			

장애정보장구 수리지원 비용 세부내역서

(단위 : 원)

① 수리 일자	② 식별 번호	③ 성 명	④ 소득 수준	⑤ 보장구 종류	⑥ 품명 / 규격	⑦ 수리내용	수리지원 비용 소요액					⑬ 청구액 =⑨+⑪	비고
							⑧ 계 =⑨+⑩	⑨ 출장비 · 기술료	부 품 비		⑫ 본인부담		
									⑩ 소 계	⑪ 지원액			

※ 작성요령

- ① 수리일자 : 실제로 수리한 날짜
- ② 식별번호 : 수리의뢰서, 고장진단 및 본인확인서의 식별번호와 일치하도록 작성
- ④ 소득수준 : 저소득(기초생활수급자, 차상위계층), 일반소득
- ⑤ 보장구 종류 : 전동스쿠터, 전동휠체어, 수동휠체어로 구분 수리내용 : 수리의 세부내용을 기재함
예시) 바퀴2개 교체, 배터리 교환, 키박스 교체, 조이스틱 수리 등
- ⑪ 지 원 액 : 부품비 중 본인부담분을 제외한 비용으로 시·군에서 부담하는 비용(연간 부품비 지원한도액 범위 내에서 지원됨)
- ⑬ 청 구 액 : ⑨출장비·기술료와 ⑪지원액(부품비)은 시·군에 청구함

장애인보장구 수리지원 서비스 만족도 조사서

☐ 충청남도 ____시(군)에서 추진한 장애인보장구 수리지원 서비스와 관련하여 귀하의 의견을 수렴하여, 향후 장애인보장구 지원정책 수립에 참고하고자 합니다.

※ 해당란에 (○) 표시로 체크하시거나 약술하시면 됩니다.

1. 귀하의 장애유형·등급, 성별 및 소득수준은 어떠신가요?

장애 유형	장애 등급	성 별	소득수준
		☐ 남 ☐ 여	☐ 저소득 ☐ 일반소득

2. 귀하께서는 어떤 수리지원 서비스를 받으셨나요?

보장구 종류	수리 서비스의 주요 내용
☐ 전동스쿠터 ☐ 전동휠체어 ☐ 수동휠체어	

3. 수리 지원서비스에 대해 전반적으로 만족하시는지요?

전혀 그렇지 않다 (불 만)	그렇지 않다 (변화 없음)	보통 이다 (약간 만족)	그렇다 (만 족)	매우 그렇다 (매우 만족)

4. 위 문3에 “전혀 그렇지 않다”와 “그렇지 않다”고 답변하셨다면 그 이유는 무엇인가요?
(중복 체크 가능)

서비스 대기 기간이 길다	수리기사가 불친절함	서비스 품질이 낮음(불만)	출장비 등 추가비용 요구	지원액이 적음

5. 행정기관(시·군)에서는 수리지원 서비스 과정에서 귀하께 충분한 정보와 도움을 주었다고 생각하시는지요?

전혀 그렇지 않다 (매우 불만)	그렇지 않다 (약간 불만)	보통이다 (약간 만족)	그렇다 (만 족)	매우 그렇다 (매우 만족)

6. 위 문5에 “전혀 그렇지 않다”와 “그렇지 않다”고 답변하셨다면 그 이유는 무엇인가요?

--

- 설문에 응하여 주셔서 감사합니다 -

장애인보장구 수리지원사업 추진실적(분기)

☐ 예산집행 현황

○ 총괄현황

(단위 : 원)

구 분	예산액(A)	집행 현황			잔 액 (E)=(A)-(D)
		기 집행액 (B)	今분기 집행액 (C)	집행액 누계 (D) = (B) + (C)	
계					
도 비					
시군비					

○ 세부 집행현황

(단위 : 원)

구 분		지 원 유 형			비 고 (본인부담금)
		계 (A) = (B)+ (C)	출장비·기술료 (B)	부품비 지원액 (C)	
합 계					
전동스쿠터	소계				
	저 소 득				
	일반소득				
전동휠체어	소계				
	저 소 득				
	일반소득				
수동휠체어	소계				
	저 소 득				
	일반소득				

□ 보장구 수리지원 세부현황

(단위 : 명)

구 분		수리 유형별						비고
		소 계	배터리 교 체	바퀴	컨트롤러 조이스틱	모 터	시 트 팔걸이	기 타 경정비
합 계								
전동 스쿠터	소계							
	저소득							
	일반가구							
전동 휠체어	소계							
	저소득							
	일반가구							
수동 휠체어	소계							
	저소득							
	일반가구							

□ 수리지원 서비스 만족도

○ 전반적인 만족도

(단위 : 명)

구 분		만 족 도					비 고
		매우불만	약간 불만	약간 만족	만 족	매우 만족	
합 계							
전동스쿠터	소계						
	저소득						
	일반소득						
전동휠체어	소계						
	저소득						
	일반소득						
수동휠체어	소계						
	저소득						
	일반소득						

○ 주요 불만 사유

(단위 : 명)

구 분		불 만 유 형 별					비 고
		서비스 대기기간	수리기사 불친절	수리 서비스 품질 낮음	출장비 등 추가요구	지원액이 적 음	
합 계							
전동스쿠터	소계						
	저소득						
	일반소득						
전동휠체어	소계						
	저소득						
	일반소득						
수동휠체어	소계						
	저소득						
	일반소득						

○ 정보제공 등 장애인 편의 측면

(단위 : 명)

만 족 도					비 고
불 만	변화 없음	약간 만족	만 족	매우 만족	
○ 주요 불만사유					
-					
-					

장애인 보장구 수리 지정업체 지정 협약서 표준(안)

_____시(군)에서 추진하는 『2024년 장애인보장구 수리지원사업』의 원활한 시행을 위하여
_____시장(군수)(이하 “갑”이라 한다)와 _____업체(이하 “을”이라 한다)는 다음과 같이 협약을 체결한다.

제1조(목적) 본 협약은 _____시(군)에서 추진하는 『2026년 장애인보장구 수리지원사업』(이하 “사업”이라 한다)의 원활한 추진을 위하여 보장구 수리업체의 지정, 보장구 수리 서비스의 대상과 절차 및 그 책임의 한계를 명확히 하여 장애인에 대한 보장구 수리지원 서비스가 원활히 제공되도록 함을 목적으로 한다.

제2조(용어의 정의) ① 장애인이라 함은 「장애인복지법」(이하 “법”이라 한다) 제2조에 의하여 등록된 장애인을 가리킨다.

② 보장구라 함은 「의료기기법」제2조, 제3조 및 「의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정」별표1에 의한 전동휠체어, 수동휠체어, 의료용 스쿠터 등을 가리킨다.

③ 지원대상자라 함은, “갑” 또는 “갑” 소속 읍·면·동장(이하 “읍면동장”이라 한다)에게 보장구 수리서비스 지원을 신청한 장애인 중 관련 서류 등 제반사항을 검토한 결과 수리지원 서비스를 제공함이 적합하다고 “갑”이 결정한 장애인을 가리킨다.

④ 지정업체라 함은 지원대상자가 보장구 수리서비스를 이용할 수 있도록 “갑”이 지정한 업체 (“을”과 같다)를 가리킨다.

⑤ 서비스라 함은 지정업체가 지원대상자의 보장구가 본래의 기능과 성능을 발휘할 수 있도록 그 고장 나거나 허름한 데를 손보아 고치는 것을 가리킨다.

제3조(적용범위 등) 본 협약서의 제 규정은 “을”이 제공하는 서비스의 전반적인 사항에 대하여 적용하며, 그 구체적인 사항은 『2026년 장애인보장구 수리지원사업 지침』이 정하는 바에 의한다.

제4조(협약 기간) 본 협약서에 따른 협약 기간은 “갑”과 “을”이 협약을 체결한 날로부터 2026.12.31.까지로 하되, 협약 기간 중이라도 협약을 해지할 타당한 사유가 발생하는 경우에는 그 해지일로 협약의 효력이 소멸한다.

제5조(협약의 내용) ① “갑”은 지원 대상자를 결정하고, 서비스 제공에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 “을”에게 지급한다.

② “을”은 “을”의 인력과 장비를 사용하여 지원대상자에게 서비스를 제공하고 “갑”에게 그 비용의 일부 또는 전부를 청구한다.

제6조(업무의 재위탁 등) ① “을”은 “사업”을 추진함에 있어 서비스 제공에 관한 제반 사항을 제3자에게 위탁 또는 대행하게 할 수 없다.

② 다만, 수리의 대상이 되는 보장구의 고장 또는 파손의 정도가 심하여 통상적인 수리가 곤란한 경우 “을”은 해당 보장구의 제조업자 등 제3자에게 수리토록 하게 할 수 있으며 보장구의 단순한 운반의 경우에도 제3자의 차량 또는 장비를 사용할 수 있다.

③ 전 항에 따라 “을”이 제3자에게 수리토록 하기 위해서는 해당 보장구의 고장 또는 파손 정도와 통상적인 수리가 곤란한 사유를 “갑”에게 사전 보고하고 승인을 받아야 한다.

제7조(협약의 변경) ① “갑”과 “을”은 본 협약내용의 일부 또는 전부를 변경하고자 하는 경우 변경을 요하는 때로부터 최소 30일전까지 상대방에게 문서로 협의를 요청하여야 한다. 다만, 천재지변 및 그에 준하는 돌발사태가 발생한 경우와 “갑”과 “을”이 상호 협의한 경우에는 동 기일을 준수하지 아니할 수 있다.

② 사업계획 변경 등에 따라 본 협약 내용의 일부 또는 전부에 대한 수정이 불가피한 경우, 사전에 상대방과 협의를 하여야 한다.

제8조(협약의 해지) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제4조에 의한 협약기간 중이라도 본 협약의 전부 또는 일부를 해지할 수 있다.

1. “을”이 「의료기기법」등 관련법규에서 정한 의무를 위반하여 업무정지·수리업 신고 취소처분을 받은 경우
2. “을”이 협약 내용의 일부 또는 전부를 위반함에 따라 “갑”이 시정을 요구하였음에도 불구하고 그에 응하지 않는 경우
3. 관계 규정 또는 정책 변경 등으로 인하여 본 협약을 계속 유지할 필요가 없게 된 경우
4. 그 밖의 사유로 “갑”과 “을”이 본 협약을 계속 이행하기가 불가능하다고 판단하는 경우

② “갑”과 “을”은 본 협약을 해지하고자 하는 경우 협약해지가 필요한 날로부터 최소 30일 전까지 상대방에게 협약해지 의사를 서면으로 통보하여야 한다.

제9조(서비스 제공) ① “을”은 지원대상자에게 서비스를 제공함에 있어 최대한의 능력을 발휘하여 투명하고 성실하게 임하여야 한다.

② “을”은 “갑”으로부터 서비스 제공의뢰를 받은 경우, 24시간 이내에 서비스를 제공하여야 하며, 지원 대상자가 서비스를 기다리는 시간이 단축될 수 있도록 인력과 장비를 효율적으로 운영하는 등 최대한 노력하여야 하고 제반 여건 및 기타 이해관계 등의 이유로 서비스 제공을 회피하거나 지연하여서는 아니 된다.

- ③ “을”은 제2항에도 불구하고 기타 부품 수급 등의 사유로 24시간 이내에 서비스를 제공함이 현저히 곤란하다고 판단되는 경우(이하 부득이한 경우), 이를 “갑” 및 지원 대상자에게 지체 없이 알려야 하며 “갑”은 “을”이 보고한 사유를 검토하여 3근무일 이내에 서비스를 제공하도록 승인할 수 있다.
- ④ “갑”과 “을”은 제3항에 의한 부득이한 경우에 관하여 상호 협의하여 미리 정하여 둘 수 있다.
- ⑤ “을”은 제4항에 의거 부득이한 경우로 사전 협의 된 범위 내에서는 지원 대상자에게 24시간 이내에 서비스를 제공함이 곤란함을 알려야 하되, “갑”의 승인은 득하지 아니할 수 있다.

제10조(서비스 품질 제고) ① “을”은 서비스 제공 시, 지원대상자가 장애인임을 고려하여 정당한 편의를 제공하도록 노력하여야 하며, 장애인을 차별하거나 모욕하는 발언을 하지 않도록 소속 직원 등을 교육하여야 한다.

- ② “을”은 서비스 제공 시, 부품의 부분적인 교체 또는 수선으로 고장 등이 해소될 수 있는 경우 안전에 지장이 없는 범위 내에서 부품의 부분적인 교체 또는 수선을 통해 수리비용을 절감하여 지원 대상자의 부품비 본인부담금이 절감될 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ “을”은 주말·연휴 등 수 일에 걸쳐 서비스 제공이 곤란하게 되는 때에는 응급상황을 대비하도록 대응체계를 구축하여야 하며, 그 구체적인 방법에 대하여는 “갑”과 “을”이 상호협의하여 결정한다.

제11조(의무사항) ① “을”은 「의료기기법」등 관련 법규에서 규정하는 의료기기 수리업자의 의무사항을 모두 이행하여야 하며, 시설 및 품질관리기준을 준수하여야 한다.

- ② 부품을 교체할 때에는 수리의 대상이 되는 보장구 제조사에서 출고 시에 장착한 부품으로 교체함을 원칙으로 하되, 부득이한 경우에 한하여 당해 부품과 동등한 등급과 기능을 갖춘 부품으로 교체할 수 있다. 다만, 지원 대상자가 임의로 부착한 부속품은 교체하지 아니한다.
- ③ “을”은 서비스 제공에 있어 “갑”이 정한 부품비 본인부담금을 제외하고는 지원 대상자에게 일체의 추가 비용을 청구하여서는 아니 된다.
- ④ “을”은 서비스를 제공함에 있어 공익을 우선하여야 하며, 그 밖의 정치적인 목적 등에 따라 서비스를 이용하여서는 아니 된다.

제12조(서류 및 대장의 비치) “을”은 서비스 제공에 있어 다음 각 호의 서류 및 대장을 작성·비치하여야 한다.

1. 보장구 수리의뢰서 보관대장
2. 출장기록부
3. 보장구 고장진단 기록 대장
4. 보장구 부품 구입 및 수불대장
5. 보장구 수리비용 산출내역 대장

6. 「의료기기법」 및 「의료기기 생산 및 수출·수입·수리 실적의 보고에 관한 규정」등에 의하여 의료기기 수리업자가 의무적으로 작성·비치하여야 하는 각종 장부·대장 등 서류
7. 그밖에 작성·비치함이 필요하다고 “갑”이 판단하는 장부 및 대장

제13조(수리 비용의 지급 등) ① “을”은 서비스 제공에 따른 보장구 수리비용을 산출하여 증빙자료를 첨부하여 매 익월 5일까지 “갑”에게 청구하여야 하며, “갑”은 “을”이 제출한 청구 내역을 검토하여 “을”이 수리비용을 청구한 날로부터 10일 이내에 그 비용을 지급한다.

② “갑”은 수리비용의 적정성 검토를 위하여 “을”에게 관련 장부 등 추가자료를 요구하거나, “을”에 대한 현장점검을 수행할 수 있으며, 이 경우 “갑”은 전 항에 따른 비용 지급 기한을 연장할 수 있다.

③ “갑”은 “을”이 제출한 수리비용 청구 내역을 검토한 결과, 허위·과다 산출 및 청구사항을 발견한 경우에는 그 비용의 일부 또는 전부를 지급하지 아니할 수 있다.

④ 서비스 제공에 따라 소요된 수리비용 중 부품비를 제외한 비용(이하 출장비·기술료라 한다)은 “갑”과 “을”이 상호 협의하여 정하되, 건당 출장비·기술료는 3만원을 초과할 수 없다.

제14조(지도·감독) ① “갑”은 “사업”의 원활한 추진을 위하여 연 1회 이상 “을”을 수시 지도·감독 할 수 있으며, “을”에게 자료의 제출 등을 요구할 수 있다.

② “을”은 “갑”의 요구에 성실히 응하여야 한다.

③ “갑”은 “을”에게 수리비용을 지급한 이후라도 수리비용 허위·과다 청구로 부당하게 수리비가 지급된 사실을 발견한 때에는, 부당 지급된 수리비용의 일부 또는 전부를 환수할 수 있다.

④ “갑”은 “을”이 제11조제3항을 위반하여 지원 대상자에게 부당하게 추가비용을 청구한 사실을 있음을 알게 된 때에는 소정의 기일을 정하여 “을”이 지원대상자에게 그 비용을 반환하도록 명하여야 한다.

제15조(협약의 해석) ① 본 협약서에 명시하지 아니한 사항이나 본 협약서의 내용에 대하여 “갑”과 “을”의 해석이 다른 경우에는『2026년 장애인보장구 수리지원사업 지침』에 따라 “갑”과 “을”이 상호 협의하여 결정한다.

② 전 항에 의하여 “갑”과 “을”이 원만한 협의를 도출하지 아니한 경우에는 “갑”의 해석이 우선한다.

제16조(비밀유지 및 정보 등의 보호 등) ① “을”은 사업추진과 관련하여 알게 된 “갑”의 업무 내용·정보 등 비밀에 관한 사항과 지원대상자 등 개인정보에 대하여는「개인정보 보호법」 등 관련 법규를 준수하여 비밀을 유지하도록 노력하여야 하며 목적 외로 사용하여서는 아니된다.

② 전 항에 따른 사항은 사업 추진 중은 물론 사업 종료 후에도 적용된다.

제17조(손해배상 책임 등) ① “을”이 본 협약에 따라 보장구를 수리하거나 보장구를 운반하는 과정에서 발생하는 모든 사건·사고와 제16조에 따른 비밀 누설 및 개인정보의 목적 외 사용 등으로 인하여 발생하는 각종 사건·사고에 대하여는 “을”이 민·형사상 책임을 부담한다.

② 전 항의 사건·사고로 인하여 “을”이 “갑” 또는 제3자에게 손실·손해를 끼친 경우 “을”은 해당 손실·손해를 배·보상하여야 하며, “을”의 귀책 사유로 “갑”에 대한 손해배상이 청구되는 경우 “을”이 대위 변제 하여야 한다.

제18조(협약서의 작성 보관) 본 협약을 명확히 하고 성실히 준수하기 위하여 협약서 2부를 작성
· 상호 날인하고 “갑”과 “을”이 각각 1부씩 보관한다.

20 년 월 일

(갑) 주 소 : 충청남도 시(군) 로(길)
협약자 : 시장(군수)

(을) 주 소 : 충청남도 시(군) 로(길)
협약자 : (인)

3-6 사랑의 인술사업

1. 사업목적

- 생활 형편이 어려운 기준 중위소득 80% 이하 가구로 화상·정형 및 각막이식 대상으로 무료시술사업 지원을 통해 새로운 희망과 용기 부여, 경제적 부담 경감
- ※ '13.7.5. 국내사업으로 전환(사회복지공동모금회, 후원재단, 충청권 대학병원 등과 연계 추진, MOU 체결)

2. 추진근거

- 충청남도 사회복지기금 설치 및 운용 조례

3. 지원대상

- 신청일 현재 도내에 주민등록을 두고 1년 이상 거주 중인 자로 기준 중위소득 80% 이하 가구로 공통사항의 “2026년 가구원 수 및 소득조사 기준” 적용

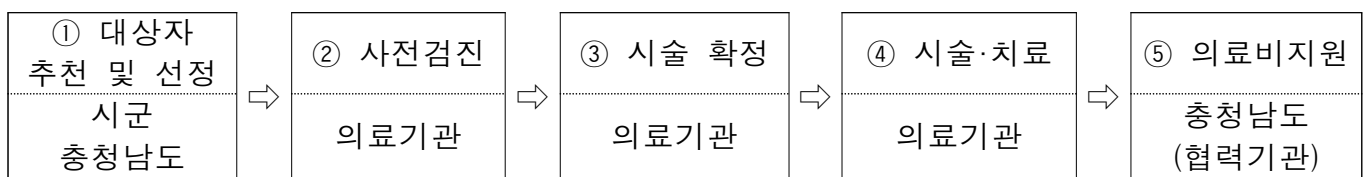
4. 지원금액

- 치료비(약제비 포함) 중 보험급여를 제외한 본인부담금에 대해 화상치료 7백만원, 정형장애 3백만원, 각막이식 1천만원 이내

5. 지원기간

- 지원 결정액 범위 내에서 치료 완료 시까지 계속 지원

6. 추진체계 및 절차



- ① 대상자 추천 및 선정 : 시군 등 협조를 통해 시술 대상자 추천 및 심의위원회를 통해 수시 선정
- ② 병원검진 : 협력기관 등과 협의
- ③ 시술 확정 : 검진결과를 토대로 시술 확정
- ④, ⑤ 시술·치료(의료기관) 및 의료비 지원(협력기관→의료기관)

※ 협력기관 : 충남지체장애인협회

「사랑의 인술사업」 진료대상 종목

- ① 화상
- ② 척추만곡증 : 등뼈가 옆으로 휜 것 ※ 척추측만증 포함
- ③ 등장애 : 등에 문제가 있는 것
- ④ 내반족 : 양발이 안으로 굽거나 옆으로 휜 것
- ⑤ 엉덩이 탈골증 : 골반뼈가 뿌러진 것
- ⑥ 엉덩이 전이증 : 골반뼈가 발달이 덜 되어 장애가 온 것
- ⑦ 다리 전이증 : 엉덩이 부위 대퇴골 경부에 탈골이 오거나 괴사로 인하여 다리에 장애가 생긴 것
- ⑧ 다리 이완증 : 양다리에 길이 차이가 있는 것
- ⑨ 수족팽대·결핍증 : 다리나 손이 없거나 절단된 경우
- ⑩ 골절 : 뼈가 뿌러진 것
- ⑪ 선천성 정형장애 : 태어날 때부터 장애가 생긴 것
- ⑫ 운동성 정형장애 : 운동하다 다쳐서 장애가 온 것
- ⑬ 유전성 골이상증 : 뼈형성이 불완전하게 형성된 것
- ⑭ 곱사, 소아마비 : 어린아이가 골다공증이 와 등이 굽은 것
- ⑮ 근골격장애 : 전신 뼈부분에 이상이 있는 것
- ⑯ 소아분야 정형환자
 - (뇌성마비) 뇌에 이상이 있어 몸에 마비가 생긴 것
 - (척추이열증) 발달과정에서 척추뼈가 붙어야 되는데 붙지 않은 것
- ⑰ 외과개조수술 : 기능이 잘되게 모양을 다시 만들어 주는 수술
- ⑱ 아동류마티스 관절염 : 어린아이에게 생기는 류마티스성 관절염
- ⑲ 각막 : 각막변성, 각막중심 혼탁 등으로 인한 실명자 각막 이식

(서식 1)

「사랑의 인술사업」 대상자 신청(추천)서						
대상자 (환 자)	성 명				생년월일 (성별)	
	주 소					
	진료대상종목				치료비 소요액	
	연락처	대상자			희망병원	
보호자						
가족 및 보호자 인적사항						
구 분	성 명	대상자와의 관 계	생년월일 (연령)	건강상태	직 업	월 평균 소득
보 호 자						
가 족						
〃						
〃						
〃						
환자상태						
재 산	부동산	주택 천원(자가, 전세, 월세, 기타:) 토지 천원(전 m ² , 답 m ² , 기타:)				
	동 산	임대차보증금 천원, 기타 천원				
조사결과	가구원수		가구소득액		건 강 보 험 료 본인부담금	
	최종결과					
본인은 「사랑의 인술사업」 대상자로 수술·치료 지원을 받고자 위와 같이 신청합니다. 202 년 월 일 신청인(성명) (인/서명) 보호자(성명) (인/서명) 위 사람을 「사랑의 인술사업」 지원대상자로 추천합니다. 202 년 월 일 〇〇 시장·군수 인 충청남도지사 귀하						
※ 협약병원 : 단국대학교 · 건양대학교병원, 대전화병원						

※ 협약병원 외에 희망 병원을 기재하셔도 무방합니다.

개인정보 제공 동의서

개인정보 제공 동의서

성명

--

본인은 충청남도 사회복지기금 지원 사랑의 인술사업 대상자 수요조사 및 선정과 관련, 개인정보보호법 제15조에 따라 본인 확인을 위한 개인정보 제공에 동의합니다.

 년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

충청남도지사 귀하

충청남도지사 귀하

【 수집하는 개인정보의 항목 】

- 충청남도 동 민원의 접수 및 처리를 위해 민원접수 시 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다. (필수 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 주민등록번호)

【 개인정보 수집 목적 】

- 충청남도 사회복지기금 지원 사랑의 인술사업 대상자 선정 및 지원

【 개인정보 보유 기간 】

- 정보주체 개인정보는 원칙적으로 개인정보의 수집 및 이용목적이 달성되면 지체 없이 파기합니다. 단, 다음의 정보에 대해서는 아래의 이유로 명시한 기간 동안 보존합니다.

가. 관련 법령에 의한 정보보유 사유

- 보존기간 : 치료비 및 시술비 지원을 위해 필요한 기간 동안
- 보존사유 : 사랑의 인술사업 대상자 선정 및 지원업무 수행

나. 폐기시기 : 정보주체 개인정보는 원칙적으로 개인정보의 수집 및 이용목적이 달성되면 지체없이 파기

- 나. 폐기시기 : 정보주체 개인정보는 원칙적으로 개인정보의 수집 및 이용목적이 달성되면 지체없이 파기

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

【 고유식별정보 수집 동의 】
○ 충청남도는 민원의 접수 및 처리를 위해 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.(사랑의 인술사업 대상자 선정 및 지원)

- 고유식별정보 수집에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

【 제3자 제공 동의 】

- 귀하가 제출한 개인정보는 정부의 정책 기획 및 통계 등의 기초자료로 활용하기 위해 아래 내용에 따라 제공하게 됩니다
- 정보 제공 범위 : 성명, 생년월일, 주민등록번호, 주소, 전화번호
- 정보의 이용 목적 : 사랑의 인술사업 대상자 선정 및 지원업무 수행을 위한 기초자료로 활용
- 보유 및 이용기간 : 사업수행 완료 시까지

- 제3자 제공 동의에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

3-7 난치병 환자 치료비 지원

1. 사업목적

- 형편이 어려운 난치병 환자에 대한 적기치료 기회 제공으로 재활·자립 도모

2. 추진근거

- 충청남도 사회복지기금 설치 및 운용 조례

3. 지원대상

- 신청일 현재 도내에 주민등록을 두고 1년 이상 거주 중인 자로 기준 중위소득 80% 이하 가구로 공통사항의 “2026년 가구원 수 및 소득조사 기준” 적용

4. 지원기준

- 치료비(약제비 포함) 중 보험급여를 제외한 본인부담금 중 3천만원* 이내(간병비 제외)
 - 충청남도 사회복지기금운용 심의위원회에서 지원 대상 및 지원금액 심의·결정
 - * 2024년도 신규 대상자 적용(기존 대상자는 2천만원 이내 지원)

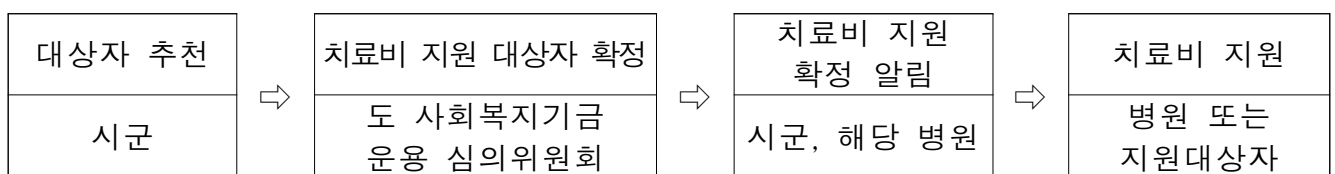
5. 난치병 종류와 범위

- 백혈병, 심장질환, 혈우병, 뇌졸중, 심부전증, 협심증, 자폐증, 소아마비, 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 화상, 정형장애
- 기타 위원회에서 난치병으로 심의·의결한 질병

추가 의결한 질병

골육종, 선천성거대결장, 윌슨씨병, 진행성근이영양증, 항문직장폐쇄증고위형, 요도하열갑상선 기능저하, 골수이형성증후군, 위스코트알드리치증후군, 엔젤만증후군, 뇌종양, 폐암, 미만성 거대B형 세포림프종, 바이러스성 뇌염후유증, 재생불량성 빈혈, 무형성빈혈, 한쪽구순열을 동반한 경구개열, 신부전증, 복합부위통증 증후군, 간질, 혈관종, 승모관 기능부전, 간세포암종, 폐동맥의 폐쇄, 관내 제자리암종, 상세불명 뇌경색증, 뇌동맥 파열

6. 처리절차



- ① 대상자 수요조사(추천) : 시군 협조를 통해 지원 대상자 추천(수시 및 정기(11월중))
- ② 치료비 지원대상자 확정 : 道사회복지기금운용 심의위원회 개최(수시)
- ③ 치료비 지원 확정 : 심의완료 후 시군, 해당 병원 알림(수시)
- ④ 치료비 지원 : 병원 또는 대상자가 道에 청구(대상자 확정 후 발생 된 치료비)

7. 제출서류

- 치료기관 : 청구공문, 치료내역, 진료비(약제비) 계산서 · 영수증, 입금통장사본, 사업자등록증
- 지원대상자 : 지급신청서, 진료비(약제비) 계산서 · 영수증, 입금통장사본

8. 행정사항

- 지원을 필요로 하는 대상자가 누락 되지 않도록 대상자 발굴 및 홍보
- 검토의견서 기재 사항
 - 신청자의 병원 치료내역 및 치료비 지급 시기 등 파악 기재
 - 보건소 및 공동모금회, 민간단체 등 타 기관에서 지원(가능) 질병 여부 및 지원 내역 기재
 - 특히 보건소에서 지원하는 희귀난치성질환자 의료비, 암환자 의료비와 중복되지 않도록 지원대상 질병(코드) 여부, 지원(가능)액, 본인부담액 등 확인
- 지원대상자가 동일 질병으로 타법 등에 의한 중복 지원이 되지 않도록 관리
- 지원 대상자 인적변동 발생 시 즉시 보고

(서식 1)

[illegible]

※ 해당되는 사항은 빈란 없이 기재, 의사진단서에는 소요치료비가 명시되어야함

개인정보 제공 동의서

개인정보 제공 동의서			
성명		주민번호	-
본인은 충청남도 사회복지기금 지원 난치병 치료 대상자 수요조사 및 선정과 관련, 개인정보 보호법제15조에 따라 본인 확인을 위한 개인정보 제공에 동의합니다. 년 월 일 동의인 : (서명 또는 인) 충청남도지사 귀하			
【 수집하는 개인정보의 항목 】 ○ 충청남도는 동 민원의 접수 및 처리를 위해 민원접수시 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.(필수 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 주민등록번호) 【 개인정보 수집 목적 】 ○ 난치병 환자 치료비 지원 대상자 선정 및 지원 【 개인정보 보유 기간 】 ○ 정보주체 개인정보는 원칙적으로 개인정보의 수집 및 이용목적이 달성되면 지체 없이 파기 합니다. 단, 다음의 정보에 대해서는 아래의 이유로 명시한 기간 동안 보존합니다. 가. 관련 법령에 의한 정보보유 사유 - 보존기간 : 치료비 지원을 위해 필요한 기간 동안 - 보존사유 : 난치병 환자 치료비 지원 대상자 선정 및 지원업무 수행 나. 폐기시기 : 정보주체 개인정보는 원칙적으로 개인정보의 수집 및 이용목적이 달성되면 지체 없이 파기			
개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?		☐ 동의함	☐ 동의하지 않음
【 고유식별정보 수집 동의 】 ○ 충청남도는 민원의 접수 및 처리를 위해 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.(난치병 후원기금 지원 난치병치료 대상자 선정 및 지원)			
고유식별정보 수집에 동의하십니까?		☐ 동의함	☐ 동의하지 않음
【 제3자 제공 동의 】 ○ 귀하가 제출한 개인정보는 정부의 정책 기획 및 통계 등의 기초자료로 활용하기 위해 아래 내용에 따라 제공하게 됩니다 - 정보 제공 범위 : 성명, 생년월일, 주민등록번호, 주소, 전화번호 - 정보의 이용 목적 : 난치병 환자 치료비 지원업무 수행을 위한 기초자료로 활용 - 보유 및 이용기간 : 지원 종료 시까지			
제3자 제공 동의에 동의하십니까?		☐ 동의함	☐ 동의하지 않음

시군 검토의견서(예시)

대상자 (보호자)	생년월일	질병명 (질병코드)	치료비 소요액	생 활 실 태	
	성별	발병일	지원 신청액		
○○○ (○○○)	2021.01.01. (세)	신부전증 (I209)	○○○천원	○ 주택1동, 전 236평, 답 369평, 화물자동차1대 ○ 농업소득 월 50만원으로 3식구 생활 ○ 소득인정액이 기준중위소득 80% 이하에 해당됨.	
	남/녀	. . .	○○○천원		
<현 황> ○ 지원대상 질병여부 : 난치병 환자 치료지 지급 대상에 적합 ○ 거주기간 등 : 년 월 거주로 적합 ○ 타기관 지원대상 질병여부 및 치료비 소요액 : 보건소 000의료비 지원대상 ○ 현재상태 - ○○○는 현재 ○○○병원에서 월 1~2회 외래 진료를 받고 있으며 매월 ○○여만원의 치료비가 소요된다는 병원측의 소견임 (향후 지속적인 내과적 약물치료 및 경과 관찰 필요) ○ 생활수준 : 적합(국민기초생활보장 수급자, 기준중위소득 80%등 기재) ○ 치료비 부담 능력 - ○○○은 치료비와 입원비 등으로 약 ○○○천원의 부채가 있으며 국민기초생활보장수급자로 월 ○○만원의 치료비를 부담하기 어려운 (불가능 한) 실정 (단위 : 천원)					
치료비 소요액		타기관 지원(가능)액		본인부담액	비고
		000에서 천원			
<검토의견> ○ 년 월 일 ○○○의 신장을 이식받아 수술을 하였으나 거부 반응으로 신부전증이 재발하여 치료를 받고 있는 상태로 본인(보호자)의 부담능력이 없어 ○○○천원 지원 필요					

충청남도 난치병 치료비 지급 신청서					
신청인 (환 자)	성 명		생년월일		
	주 소				
	연락처				
보호자	성 명		생년월일		
	주 소			신청인과의 관 계	
	연락처				
치료기관	(병원,의원) 과		소재지		
치료일자	입 원	년 월 일 ~ 년 월 일까지 (일)			
	외 래	년 월 일 ~ 년 월 일까지 (일)			
치료비신청액 (본인부담금)		원	입금계좌	은행 예금주() 계좌번호 :	
본인은 난치병 환자 치료비 지원 대상자로 결정되어 치료비를 지급 받고자 위와 같이 신청합니다. 202 년 월 일 신청인(성명) (인/서명) 보호자(성명) (인/서명) 충청남도지사					
첨부서류 : 치료비 계산서 · 영수증(원본), 입퇴원 확인서(입원치료시), 입금통장사본(본인)					

3-8 장애인편의시설 지원센터 운영

1. 목 적

- 보건복지부 장애인복지사업안내에서 정하지 아니한 기타 사항을 정하고자 함

2. 조직 및 인력

- (1) 센터는 충남지체장애인협회에 「도센터」를 두며, 시·군지회에 「시·군센터」를 두고 다음과 같은 업무를 수행

- 도센터 및 시·군센터

- 중앙센터의 기획사업 및 자체사업 수행
- 보건복지부, 광역 및 기초자치단체 추진사업 수행
- 사업실적 및 보고(자치단체장과 직속상급센터) 등

- (2) 인력구성

- 도 센터

- 센터장 1인, 선임요원 1인, 일반요원 2인을 포함한 4인을 원칙으로 하되, 증원 및 조정이 필요한 경우 도지사와 사전 협의하여야 함
- 광역센터는 최소 1인의 장애인과 건축관련 자격증 소지자를 채용하여야 하며, 편의센터의 직원 채용·승진·배치·교육훈련 등에 관하여 필요한 사항은 한국지체장애인협회 정관 및 관련 제규정에 의하되, 관련 내용이 없는 경우에는 도지사 및 시장군수와 협의 후 시행하여야 함.
※ ‘건축관련자’는 산업기사 이상 소지자로 함

- 시·군센터

- 센터장 1인, 일반요원 1인을 포함한 2인을 원칙으로 하되, 별도의 후원금 및 보조금 등으로 증원 가능
- 일반요원은 ‘건축관련자’의 배치를 원칙으로 하되, ‘건축관련자’가 아닐 경우의 배치는 편의시설업무 1년 이상 종사한 경력자에 한하여 인사위원회의 의결에 따라 배치
- 도 센터에서는 시·군센터 요원의 전문성을 제고하기 위해 편의시설 전문교육 계획을 수립하여 분기별로 교육 실시

3. 운영비 등

- 운영비는 도 및 시군비로 하되, 자체수입(후원금, 법인전입금 등)을 추가 할 수 있음.

- 보 수

- 센터장의 직무수행 활동을 위한 직책보조수당을 예산범위 내에서 50만원 이내로 지급할 수 있으며 또한, 시설장에 준하여 편의증진 관련 회의 참석 등의 경우에 출장비 등을 지급할 수 있도록 함.

- 편의센터 직원의 급여는 중앙센터에서 제정하고 보건복지부의 승인을 받은 당해 연도 「장애인편의증진 기술지원센터 인건비 가이드라인」을 준용하여 지급.
- 센터는 소속직원에게 동 지급기준 외에 별도로 예산의 범위 내에서 매월 1인당 5만원의 편의시설 기술수당을 지급하고, 그 외 건축관련 자격증 소지자와 사회복지관련 자격증 소지자에게는 자격수당을 지급할 수 있다.(단, '26년 이전 미지급 수당에 대해 소급 적용 불가)

4. 행정사항

(1) 보조금 교부신청

- 사업주체는 사업계획 및 예산(안)을 수립하고, 보조금은 연 4회 분기별로 신청하며 매 분기 개시 전월 15일까지 해당 지방자치단체의 보조금의 예산 및 관리에 관한 조례 제 5조에 의거 해당 자치단체장에게 제출

(2) 편의시설요원 입·퇴사 보고

- 도 및 시·군 편의시설 요원을 채용하거나 퇴사할 경우 발생일로부터 5일내 도 센터는 도지사에게, 시·군센터는 시장·군수에게 보고 하고 시장·군수는 도지사에게 보고

(3) 사업실적 및 결산보고

- 사업 주체는 중앙센터가 정한 바에 따라 사업계획 및 결산(정산) 등 사업수행 실적을 분기별로 도지사(시장·군수)에게 보고

(4) 지도·감독

- 도지사 및 시·군수는 사업주체에 대하여 연 1회 이상 소관 업무에 관하여 지도감독을 실시하여 편의센터의 효율적이고 투명한 운영이 되도록 하여야 함.

(별표 1)

장애인편의시설 지원센터 운영요원 자격기준

구 분	인원	직급	자 격 기 준
선임 요원	1	1급	① 사회복지분야에 3년 이상 재직한 경력이 있는 5급 이상 공무원 ② 사회복지사 또는 전문분야 기사 이상 자격증 소지자로서 장애인복지 분야 또는 전문분야(편의증진분야 포함)에서 12년 이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 고등교육법에 의한 대학을 졸업한 후 장애인복지 분야 또는 전문분야(편의증진분야 포함)에서 15년 이상 근무한 경력이 있는 자 ④ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
		2급	① 사회복지분야에 3년 이상 재직한 경력이 있는 5급 이상 공무원 ② 사회복지사 또는 전문분야 기사 이상 자격증 소지자로서 장애인복지 분야 또는 전문분야(편의증진분야 포함)에서 9년 이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 고등교육법에 의한 대학을 졸업한 후 장애인복지 분야 또는 전문분야(편의증진분야 포함)에서 12년 이상 근무한 경력이 있는 자 ④ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
일반 요원	0~1	3급	① 장애인복지분야 3년이상 재직한 경력이 있는 7급 이상 공무원 ② 사회복지사 1급 자격증을 취득한후 해당분야에서 6년이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 고등교육법에 의한 4년제 대학을 졸업한 후 장애인복지 분야에서 8년 이상 근무한 경력이 있는 자 ④ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
		4급	① 장애인복지 분야에 재직한 경력이 있는 7급 이상 공무원 ② 사회복지사 1급 자격증을 취득한후 해당분야에서 3년이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 고등교육법에 의한 4년제 대학을 졸업한 후 장애인복지 분야에서 5년 이상 근무한 경력이 있는 자 ④ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
	1~2	5급	① 장애인복지 분야에 재직한 경력이 있는 9급 이상 공무원 ② 사회복지사 2급 자격증을 취득한후 해당분야에서 2년이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 고등교육법에 의한 4년제 대학을 졸업한(예정자 포함) 자 ④ 전문대학 관련학과 졸업 후 장애인복지분야에서 2년이상 근무한 경력이 있는 자 ⑤ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
		6급	고졸 또는 동등 이상의 학력 소지자

구 분	인원	직급	자 격 기 준
기술	1~2	3급	① 전문분야(편의증진분야 포함) 3년이상 재직한 경력이 있는 7급 이상 공무원 ② 건축사, 전문분야별 기술사 자격증 소지자 ③ 전문분야 기사 이상 자격증을 취득한 후 해당분야에서 6년이상 근무한 경력이 있는 자 ④ 고등교육법에 의한 4년제 대학을 졸업한 후 전문분야(편의증진 분야 포함)에서 8년 이상 근무한 경력이 있는 자 ⑤ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
		4급	① 전문분야(편의증진분야 포함) 재직한 경력이 있는 7급 이상 공무원 ② 전문분야 기사 이상 자격증을 취득한 후 해당분야에서 3년이상 근무한 경력이 있는 자 ③ 고등교육법에 의한 4년제 대학을 졸업한 후 전문분야(편의증진 분야 포함)에서 5년 이상 근무한 경력이 있는 자 ④ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자
		5급	① 전문분야(편의증진분야 포함) 재직한 경력이 있는 9급 이상 공무원 ② 전문분야(편의증진분야 포함)의 산업기사 이상의 자격증 소지자 ③ 고등교육법에 의한 전문분야 관련학과 4년제 대학을 졸업한(예정자 포함) 자 ④ 고등교육법에 의한 4년제 대학을 제외한 대학을 졸업한 후 전문분야(편의증진 분야 포함)에서 1년이상 근무한 경력이 있는 자 ⑤ 기타 위와 동등이상의 자격이 있다고 차 상급센터에서 인정한 자

※ 비고

1. 사회복지분야라 함은 사회복지사업법 제2조의 사업을 목적으로 설립된 사회복지법인 또는 민법 제32(비영리법인의 허가)에 의한 사회복지사업을 목적으로 설치된 비영리법인(사단·재단)에 종사한 경력을 말한다.
2. 건설관련분야라 함은 국토해양부 및 보건복지부가 합동으로 실시하는 『장애물없는 생활환경 인증제도 시행지침』 <제정·시행 2007.3.20>에서 요구하는 전문분야인 건축분야, 토목분야, 교통분야, 도시계획분야, 조경분야를 말한다.
3. 상기 자격기준의 구분 중 사회복지분야 근무자는 행정선임(또는 일반)으로, 건설관련분야 근무자는 기술선임(또는 일반)으로 한다.

3-9 편의시설 설치 도민촉진단 운영

1. 목 적

- 일상생활에서 편의시설에 대한 관련단체 및 도민들의 지속적인 관심유도로 편의시설의 설치촉진 및 편의시설의 적정한 유지, 관리를 통해 효율적인 편의시설 확충 및 운영 도모

2. 사업내용

(1) 사업주체 : 사단법인 한국지체장애인협회 충남협회

(2) 사업기간 : 2026. 1 ~ 12월(단년도 계속사업)

(3) 조직구성

- 촉진단은 촉진단장 1인, 사무요원 1인, 핵심요원 20인 이내, 일반 요원 80 이내로 구성 - 단, 자체부담으로 사무요원 증원가능
- 핵심요원은 장애인단체 간부, 도민단체 간부, 건축관련 전문가(교수, 건축사 등) 등으로 위촉
- 일반요원은 시·군별 5인 기준으로 장애인단체 직원, 건축사, 일반 직장인 등에서 편의시설에 관심을 가진 자를 위촉하되, 가급적 실제 활동이 가능한 자를 선정

(4) 주요 업무 기능

- 대상시설의 편의시설 설치에 대한 홍보 및 안내
- 편의시설 실태조사 참여, 미설치 및 부적정한 운영상황 파악
- 시설주관기관(시·군 등)에 신고 및 의견 제시 등
- 촉진단 요원의 전문성을 제고하기 위해 편의시설 교육계획을 수립하여 교육 실시

(5) 인력별 주요 업무 기능

- 촉진단장 : 촉진단을 대표하고 사무를 총괄
- 사무요원
 - 촉진단의 요원관리, 재무회계, 각종 대장 및 서류 등 사무전반에 관한 사항
 - 사업계획·추진 및 시군별 활동실적관리 등 전반에 관한 사항
- 핵심요원 및 일반요원
 - 대상시설의 편의시설 설치에 대한 홍보 및 안내
 - 편의시설 실태조사 동행 참여
 - 편의시설 미설치 시설물(장애인전용주차구역 위반 포함)에 대한 시설주관기관(시·군 등)에 신고 및 의견 제시 등

(6) 중점 사업 방향 및 운영 방법

○ 중점 사업 방향

- 관내 장애인 밀집 주거지역 또는 이용 빈도가 높은 지역 등을 선정하여 모범적인 무장애 공간 구현 추진
- 관내 장애인 전용주차구역에 대한 홍보 및 위반자에 대한 관할 시·군에 신고
- 지체장애인 편의시설지원센터와의 업무 협력을 통해 사업 추진
- 기타 민간시설에 대한 편의시설 설치 독려 등 시·군별 특성을 고려한 활동방향 설정·추진

○ 운영방법

- 동 지침에 의거하여 2026년 세부 추진단 사업계획을 수립 시행
 - 장애인 편의시설 지원센터와 연계 협력을 통하여 지역내 편의시설의 홍보와 편의시설 설치 실태조사 등의 사업에 참여
- 편의증진법령 및 편의시설 설치 실태조사에 관한 교육참석
 - 간사 및 홍보활동에 적극 참여하는 추진단 요원이 참석토록 하고, 추후 전달교육 등 수시교육 및 편의시설 상담요원으로 육성
- 시·군내 지역별, 전문 분야별 소모임 활동을 활성화하여 편의시설 설치추진활동 전개
- 기타 추진단 운영 및 보조금 사용에 관한 문서 등을 기록·유지하고, 이에 필요한 세부 사항은 자체실정에 따라 별도의 운영 규정 제정 시행

(7) 사업비 지원내역

○ 인건비 : 사무요원 1인

○ 홍보물 인쇄비

- 건축사 및 시설주 등에게 편의시설에 대한 인식개선 및 설치에 필요한 정보를 제공하기 위하여 제작·배포할 홍보물 인쇄비
- 추진단 활동사례집 제작·배포 지양

○ 교육비

- 교육에 필요한 자료집·강사료·대관료·식음료비 등 소요경비

○ 활동비

- 편의시설 점검 및 업무협의 등의 목적으로 근무지 내외 출장 시 또는 홍보활동(장애인 전용주차구역 단속활동 포함)에 참여한 추진단 요원에게 「공무원 여비규정」 제18조 ‘근무지내 국내출장시의 여비’ 규정에 준하여 지급하되, 도지역의 실비는 사업비 내에서 지급가능(실비지급 기준은 도지사의 승인을 받아 시행)
- 업무협의 참석 및 활동사실 등에 관한 확인 가능한 증빙서류 관리

○ 수용비

- 촉진단활동의 지원 등 소요되는 전화비, 사무용품 구입비 및 관내 출장비 등 운영비

(8) 운영비 등

- 촉진단의 운영비는 도보조금으로 하되, 자체수입(이용료, 후원금, 법인 전입금 등)을 추가할 수 있음.
- 보수는 촉진단장은 무보수로 하고, 사무요원은 「2026년도 사회복지시설 종사자(이용시설) 종사자 인건비 가이드라인」 관리직 2급을 준용하여 지급

3. 사업 및 보조금 관리

(1) 사업 관리

- 촉진단 사업의 특성을 고려하여 연간 사업계획 및 예산편성 등이 설치 목적에 부합하도록 지도
- 촉진단의 활동현황을 파악할 수 있는 일지 혹은 장부(시군별 촉진단요원의 개인별 실적과 활동비 지급내역) 및 회의록 등을 기록·비치하고, 공문서 접수·발송대장 및 관련 문서와 회의록 등 기타 사업에 관한 일체의 서류를 유지

(2) 보조금 등 회계 관리

- 동 사업 주체는 도비 등 사업비를 동 기관의 일반 운영체계와 구분하여 관리·운영
- 회계관리는 사회복지법인 및 사회복지시설 재무·회계규칙(이하 “회계규칙”이라 함)을 준용하되, 이 규칙에서 정하지 아니한 사항은 예산회계법 등 정부 재무회계에 관한 법령 등을 준용
- 수입과 지출은 수입결의서 및 지출결의서에 의하여 입금 또는 지출하여야 하며, 회계 규칙 제24조의 규정에 의하여 비치하고 있는 회계장부에 기재

4. 행정사항

- 기타사항은 2026년 사회복지시설 관리 안내 및 2025년 장애인복지 사업 안내를 따름.

3-10 전동보장구 이용 장애인 보험료 지원사업

① 사업개요

1. 사업목적

- 전동보장구 이용장애인의 사고에 대한 불안감, 경제적 부담 완화를 위하여 사고피해자에 대한 손해배상 보험 지원

2. 추진근거 : 「충청남도 장애인 전동보장구 보험가입 및 지원 조례」제4조

3. 사업개요

가. 지원대상 : 도 내 전동보장구를 이용하는 「장애인복지법」상 등록장애인

나. 지원내용 : 전동보장구 사고피해자에 대한 대인 및 대물 배상책임 보험 가입 지원

- 한도 및 횟수 제한 없이 보장금액 2천만원(자기부담금 5만원)으로, 시군-보험사 간 계약을 통해 보험사 결정
 - 자기부담금은 보험금 지급의 악용 예방 및 전동보장구 이용장애인의 최소 책임을 부담하기 위한 금액으로, 보험사는 손해배상 총액에서 자기부담금을 제외한 나머지 금액만 보상 (손해배상액이 자기부담금 이하 시, 보험사의 보상액은 없음)
- 1년 단위 소멸성 계약으로, 개인별 가입이 아닌 단체보험 형식으로 일괄 가입
 - 시군별 「지방계약법」에 따라 계약 진행
- 다. 재원부담 : 도비 30%, 시군비 70%

② 기관별 역할

- (도) 사업계획 수립, 사업 예산 지원 및 정산, 사업 평가 및 관리·감독
- (시군) 보험계약, 대상자 적격(장애인 등) 확인, 사업 홍보, 실적 보고 및 관리·감독
- (보험회사) 사고조사 및 보험료 지급, 지급현황 정보제공 등

③ 행정사항

- 시장군수는 전동보장구 이용장애인 보험료 지원 사업을 적극 홍보(반상회보 및 이·통장 회의 자료 게재, 공동주택 및 다중이용시설, 장애인시설·단체 홍보 등)하여 전동보장구를 이용하는 장애인이 사고로 인한 지원에서 누락되는 일이 없도록 노력하여야 함.
- 시장군수는 매년 보험 계약을 갱신할 경우 가입 익월 10일까지 계약사항을 도지사에게 보고 하여야 함.
- 시장군수는 보험 가입 후 예산이 남거나, 남을 것으로 예상되는 경우, 총 사업비의 20% 범위 내에서 홍보비용으로 사용할 수 있음.