

## → 2-2 저소득장애인 의료비 지원

### 1 근거 및 연혁

- 근거 : 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제17조(의료비 지원)
- 2004. 7. : 중증장애인 의료비 지원사업 실시

### 2 사업개요

- 지원대상 : 가구보험료 본인부담금 납입액이 다음의 기준액 이하인 등록 장애인(가구소득기준 중위소득 80% 이하)

| 가구원수 | 소득기준(원)   | 건강보험료 본인부담금(원) |         |           |
|------|-----------|----------------|---------|-----------|
|      |           | 직장가입자          | 지역가입자   | 혼합(직장+지역) |
| 2인   | 3,360,000 | 121,170        | 49,863  | 122,382   |
| 3인   | 4,288,000 | 153,904        | 89,039  | 155,648   |
| 4인   | 5,196,000 | 187,565        | 130,472 | 189,970   |
| 5인   | 6,046,000 | 216,335        | 151,065 | 219,571   |
| 6인   | 6,845,000 | 248,148        | 188,592 | 252,088   |
| 7인   | 7,613,000 | 275,574        | 223,195 | 280,988   |
| 8인   | 8,380,000 | 298,295        | 252,443 | 305,469   |
| 9인   | 9,147,000 | 322,542        | 280,456 | 332,951   |
| 10인  | 9,915,000 | 355,397        | 317,741 | 369,095   |

※ 노인장기요양보험료 제외 금액

## ○ 가구원의 범위

- 주민등록등본을 기준으로 생계와 주거를 같이하는 2촌 이내의 직계 존·비속 (배우자의 직계 존·비속 포함) 및 배우자
  - \* **예** 신청가구의 주민등록표에 2촌 이내 직계 존비속이 4인이나 건강보험료에 피부양자로 5인이 등록된 경우에도 해당 가구원 수는 4인으로 산정(주민등록표 기준)
- 주민등록을 달리하더라도 2촌 이내의 직계 존·비속 및 배우자가 실질적으로 생계나 주거를 같이하는 경우는 가구원 수에 포함
- 대상자(장애인)가 주거를 달리하는 다른 건강보험 직장가입자의 피부양자로 등재되어 있는 경우는 해당 건강보험에 등재된 자를 모두 가구원 수에 포함
  - \* **예** 대상자가 따로 사는 부(4인가구)의 건강보험증에 등재되어 있는 경우 부의 소득증명 자료 건강보험료 부과확인서 등)를 제출받고 가구원 수는 5인으로 산정

## ○ 건강보험료 변동에 대한 처리

- 가구 내 직장가입자가 2인 이상일 경우 각각의 부과 보험료를 합산
- 가구 내 직장가입자와 지역가입자가 혼합되어 있는 경우 직장가입자의 보험료와 지역가입자의 보험료를 합산
- 주민등록상 세대를 같이하는 직계 존·비속이 세대를 달리하는 형제자매의 건강보험증에 피부양자로 등재된 경우 형제자매의 보험료는 합산하지 않음
- 최근 건강보험 유형이나 직장의 변화 등으로 인해 건강보험 유형 혹은 납부액이 변화한 경우에는 변화된 건강보험 가입유형 및 납부액을 적용
- 가구원이 휴직한 경우
  - 휴직증명서 제출 시 휴직상태의 가구소득을 인정할 수 있음
  - 단, 신청일 기준으로 6개월 이상 휴직한 경우에 한함(6개월 미만 휴직자는 휴직 직전 보험료로 산정)
- 가구원이 퇴직한 경우
  - 퇴직증명서 제출 시 변화 내용을 인정할 수 있음
  - 단, 다음 월 변화된 지역·직장 건강보험료 납부 영수증을 다시 확인
- 매월 건강보험료가 변동되는 경우(ex 일용근로자 등)
  - 신청 월 직전 1년간 납부한 건강보험료를 평균하여 산정
- 연말정산 등으로 추가로 건강보험료가 부과되는 달의 경우
  - 최근월분의 건강보험료를 기준으로 하나, 평상시의 건강보험료와 상이할 경우 전월 건강보험료 납부액(혹은 평상시의 월 건강보험료 납부액)을 기준으로 할 수 있음

○ 지원내용 : 1인당 연간 150만원 이내 / 1회 한정(연속된 기간)

- 입원 의료비 본인부담금 : 150만원/인 이내(입원 1회 한정, 연속된 기간에 한함)
  - ※ 장애등록 전 입원한 비용은 지불 불가
  - ※ 입원기간 중 대상자의 자격이 변동되었을 경우, 기존에 지원 자격을 갖춘 기간에 해당 하는 비용만 지원

○ 지원 제외 대상

- 의료급여법에 의하여 기 지원을 받고 있는 자 및 건강보험 차상위본인부담 경감 대상자 [단, 입원기간 내에 발생한 비급여 검사비(MRI, CT, 초음파)는 지원 가능]
- 타 법령, 지원시책 및 민간후원 등에 의해 동일 수준의 의료비를 지원받은 경우 (단, 국민건강보험, 노인장기요양보험, 손해보험, 생명보험 제외)
- 같은해의 의료비를 2년에 나누어 신청 및 지원불가  
(예시) 2023년 발생한 의료비를 당해연도에 신청하여 받은 경우, 2023년 다른 기간에 발생한 의료비를 2024년에 신청 불가
  - ※ 다만, 위 다른 기간이 당해연도 ~ 익년도까지 연속된 경우 익년도에 발생한 입원비만 익년도 예산으로 지원가능
  - ⇒ 원칙상 연속된 기간이 해를 넘길 경우 연도별로 나누어서 지원 불가 유의
- 전년도에 보조기기만 지원받은 경우에도 기지원받은 것으로 보아 같은해의 입원비를 다음연도에 신청 불가

○ 입원기간 내에 발생한 국민건강보험 급여 적용 의료비 중 본인부담금 지원 (식대 및 제증명 비용, 비급여 항목 제외)

- ※ 입원이 필요한 질병 및 상병코드에 관련된 항목만 지원 / 타 질병에 관련된 항목은 지원 제외

○ 입원기간 내에 발생한 국민건강보험 및 의료급여 비급여 대상 의료비 중 MRI, CT, 초음파 검사비 지원 (PET CT 지원 불가)

- 부득이 입원기간 전 혹은 타병원에 의뢰하여 검사한 경우 병원의 증빙자료를 갖추면 지원 가능(입원 전 1개월 이내, 타 병원의뢰 시 의뢰서 첨부)

○ 심장·신장 등록 장애인으로 급여 적용 의료비 중 본인부담금 지원

- 혈액투석, 복막투석, 신장이식, 심장이식, 심장질환 치료, 심장보조기 구입비 등
- 외래 · 통원치료비 · 약값 연150만원 이내, 횟수제한 없음  
(단, 외래 검사비용은 제외)

⇒ 관련 장애로 인한 필수적 진료가 아닌 기타 질병치료를 위한 통원치료비 지원이 아님 (예시) 치과진료 등

- 장기간 입원 중이거나 입원 중에 사망한 경우도 지원 가능
  - ※ 퇴원 후에 사망한 경우에는 지급 불가, 의료비 신청은 하였으나 지급하기 전에 사망한 경우에도 지급 불가
- 대상자의 질병을 치료하기 위해 요양병원에 입원하거나 대상자가 가지고 있는 기존 질병에 따라 일반병원에서 더 이상 입원이 불가하여 요양병원으로 옮겨 입원한 경우 요양병원 입원기간 인정
  - ※ 단, 요양목적 혹은 단순 입원기간 연장을 위한 요양병원 입원기간은 인정 불가하며 타당한 사유(요양병원에 입원해야 하는 이유 등)없이 요양병원에 수시로 입원하는 자도 지원 불가
- 응급상황 또는 질병치료 목적으로 내원한 자가 의료기관의 진료편의 및 입원실 미확보 등의 사정으로 의료기관 내에 입원 대기 중인 기간도 입원기간으로 인정(대기와 입원이 동일한 병원, 대기와 입원이 연속된 기간에 한함)
- 낮 병동 입원의 경우 연속된 기간을 1회로 인정
  - 의료기관에서 토요일 및 공휴일 등에 낮병동을 운영하지 않을 경우 토요일 및 공휴일 등을 제외한 기간을 연속된 기간으로 인정
  - 국고보조사업 장애아동가족지원(발달재활서비스)사업 수혜자의 경우, 타 법령에 의하여 지원받고 있으므로 제외 대상임
    - ※ 단, 만 6세 미만으로 장애가 등록된 아동에 한하여 장애아동가족지원(발달재활 서비스) 수혜를 받고 있지 않은 대상자는 만 6세가 되는 달까지의 기간만 신청 가능
- 상기 입원기간, 의료비용 등 적정 여부는 해당 의료기관에서 전산 발급하는 각종 증빙서류의 원본을 받아 판단하되 반환을 요구할 시 원본을 확인한 후 원본 대조필을 날인한 사본을 보관

### 3 2026년 예산액 : 394,575천원(도 10%~50%, 시군 50%~90%)

| 사업명           | 사업량<br>(명) | 사 업 비(천원) |         |         |
|---------------|------------|-----------|---------|---------|
|               |            | 계         | 도비      | 시군비     |
| 저소득장애인 의료비 지원 | 263        | 394,575   | 103,980 | 290,595 |

#### 4 지원절차

- 퇴원일로부터 1년 이내 읍·면·동에 신청
- 구비서류 : 지급 신청서(서식1), 영수증(의료비 명세서), 입 · 퇴원확인서, 건강보험료 납입액 자료
- 읍·면·동 담당자는 신청일로부터 20일 이내에 조사(필요시 서식 5 참조)하여 그 결과를 신청서 사본과 함께 시·군·구에 보고
- 도내 시·군간 또는 읍·면·동간 전·출입이 발생하였을 경우에는 최초로 신청 접수한 읍·면·동에서 지급내역을 작성한 후 조사결과 및 관련 서류 일체를 첨부, 주민등록 전입지에 통보함으로써 중복 수혜 방지 및 업무 연속성 유지

#### 5 행정사항

- 수혜 대상자가 누락되는 일이 없도록 다양한 정보매체를 활용하여 폭넓게 홍보
- 심장신장 장애인 의료비 지원 신청 시 시·군 보건소에서 국고보조로 지원하는 희귀 난치성 질환자 의료비 등을 우선 지원받을 수 있도록 안내
- 철저한 신청서 검토로 사업의 공정성을 확보하고 필요 시 해당 의료기관을 통해 진료기록 및 의료비 명세서 등에 대하여 사실여부 확인
- 시 · 군의 예산상황을 고려하여 교부 신청을 받고, 무분별한 신청으로 교부 및 지급이 지연되지 않도록 집행현황 상시 파악
- 이중 수혜와 지원 한도액 초과 지급 사례가 발생하지 않도록 대장 정리 철저
- 시·군은 대상 장애인이 지급 기준 등에는 약간 미달되지만 현지 조사결과 그 정황으로 보아 수혜가 필요하다고 판단될 경우에는 지원될 수 있도록 조치
- 도비보조사업 “저소득장애인 의료비”는 집행내역이 보조기기 교부에 치우치지 않도록 자체계획을 수립하여 시행
- 현금지급성 서비스 대리수령 기준
  - (원칙) 수급자 본인 명의의 금융회사 계좌 입금, (예외) 장애인연금 예외 사유 준용
  - 대리수령가능인 : 배우자, 직계 혈족, 3촌 이내의 방계 혈족

< 서식 1 >

## 저소득장애인 의료비 지급 신청서

### 1. 지원대상자 인적사항

|            |  |                                     |   |              |       |
|------------|--|-------------------------------------|---|--------------|-------|
| 성 명        |  | 주민등록번호                              | - | 장애유형<br>및 등급 |       |
| 주 소        |  |                                     |   | 전화번호         | 휴대폰 : |
| 세대주<br>성 명 |  | 세 대 주<br>주민등록번호                     | - | 가구원수         | 명     |
| 의료보장 유형    |  | • 의료급여대상자(1종, 2종)      • 건강보험대상자( ) |   |              |       |

### 2. 지원대상자 소득기준(보험료 납입액 기준)

| 직장가입자 |     | 지역가입자 |     | 혼합(직장+지역) |     |
|-------|-----|-------|-----|-----------|-----|
| 가구원 수 | 보험료 | 가구원 수 | 보험료 | 가구원 수     | 보험료 |
| 명     | 원   | 명     | 원   | 명         | 원   |

### 3. 의료비(보조기기) 지원신청 내역

(단위 : 원)

| 구분  | 합 계 | 급여부분<br>본인부담액 | 비급여부분<br>본인부담액 | 비 고 |
|-----|-----|---------------|----------------|-----|
| 의료비 |     |               |                |     |

### 4. 의료비 신청 병명 및 보조기기명

| 병 명 | 보조기기명 | 비 고 |
|-----|-------|-----|
|     |       |     |

### 5. 입금계좌번호 :

위와 같이 저소득장애인 의료비 지급을 신청합니다.

신 청 인 :                      (인)

시장·군수 귀하



< 서식 3 >

## 저소득장애인 의료비 지급 대장

| 연번 | 지급일자 | 성 명 | 주민등록<br>번호 | 주 소<br>(전화번호) | 장애유형<br>및 등급 | 병 명 | 입원기간<br>(일) | 지원<br>금액<br>(원) | 소득<br>기준<br>(보험료) | 비고 |
|----|------|-----|------------|---------------|--------------|-----|-------------|-----------------|-------------------|----|
| 1  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 2  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 3  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 4  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 5  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 6  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 7  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 8  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 9  |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |
| 10 |      |     |            |               |              |     |             |                 |                   |    |

< 서식 4 >

## 저소득장애인 의료비 지급대상자 조사서

|            |      |        |        |  |
|------------|------|--------|--------|--|
| 대 상<br>장애인 | 성 명  |        | 주민등록번호 |  |
|            | 주 소  | (전화번호) |        |  |
|            | 세대원수 |        | 장애유형   |  |
|            | 입원기간 |        | 병 명    |  |

| 1. 소득기준(건강보험료 본인부담금 납입액) |     |       |     |           |     |      |
|--------------------------|-----|-------|-----|-----------|-----|------|
| 직장가입자                    |     | 지역가입자 |     | 혼합(직장+지역) |     | 적합여부 |
| 가구원 수                    | 보험료 | 가구원 수 | 보험료 | 가구원 수     | 보험료 |      |
| 명                        | 원   | 명     | 원   | 명         | 원   |      |

|                   |
|-------------------|
| 2. 생활실태 등 기타 조사내용 |
|-------------------|

| 3. 의료비 지원 내용                     |     |
|----------------------------------|-----|
| 구 분                              | 금 액 |
| 국민건강보험 급여부분 본인부담액                |     |
| 국민건강보험의료급여 비급여 지원액(MRI, CT, 초음파) |     |
| 심장·신장 장애인의 경우 외래·통원치료비·약값        |     |
| 총 액                              |     |

년 월 일

조사자 직급 : 성 명 (인)  
 확인자 직위 : 성 명 (인)