
2026년 광주시 아동치과주치의 사업안내(13판)



광주광역시
[건강 위생과]

목 차

1. 추진근거	1
2. 배경 및 필요성	1
3. 추진경과	1
4. 2026년 추진방향	2
5. 연도별 주요 변경사항	3
6. 사업개요	5
7. 세부 추진계획	6
8. 사업평가	10
9. 예산배정 및 추진일정	11
10. 행정사항	11
- (참고1) 보건복지부 아동차과주치의 건강보험 시범사업 개요	12
- (참고2) 2026년 소득판정기준표	13
- (참고3) 최근3년 추진 현황	14
- (참고4) 관련서식	16

2026년 광주시 아동치과주치의 사업안내

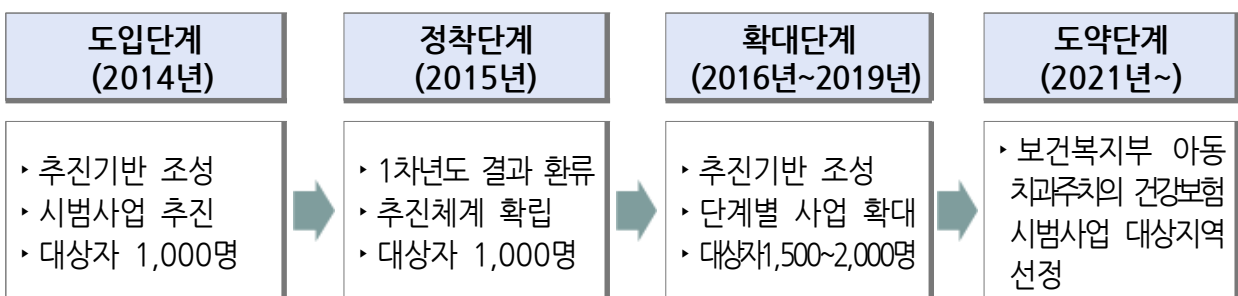
1 추진근거

- 「국민건강증진법」 제18조, 「구강보건법」 제7조
- 「광주광역시 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례」

2 배경 및 필요성

- 대표적인 구강질환인 치아우식증(충치)과 치주병은 만성질환으로써 아동·청소년 시기부터 빈발하고 평생에 걸쳐 영향
- 우리 시 12세 아동의 평균 충치 경험 치아 수(우식경험영구치지수)는 3.34개로 전국 평균 1.94개보다 높음(질병관리청, 아동구강건강실태조사)
- 치과부분의 건강보험보장성이 낮아 소득, 교육수준 등 사회경제적 위치에 따라 구강건강 지표 격차 발생

3 추진 경과



- 사업 도입 관련 정책 토론회 : 2013. 1.
- 市 지원조례 제정 : 2013. 2.(시행 : 2013. 3.)
- 최초 예산 반영 : 2014. 본예산
- 복지부 아동치과주치의 시범사업 추진(1차) : 2021. 5. ~ 2024. 4.
- 복지부 아동치과주치의 시범사업 추진(2차) : 2024. 7. ~ 2027. 2.

아동의 평생 구강건강 기틀 마련



구강건강수준 향상, 의료이용 불평등 해소



지속적·포괄적 구강건강관리 서비스 제공



- 서비스 대상 아동 예방중심 지속 구강건강관리 서비스 강화
- 지역협의체 중심의 지속적인 역할 조율 및 협의로 사업의 효과적 추진 체계 확립
- 사업 참여 및 서비스 질 향상을 위한 학교, 협력기관 등 사업안내 홍보 강화

5

연도별 주요 변경사항

구 분	2020년	2021년	2022년
대상자 관리	○ 대상자 선정기준 조정 - 1순위 : 관내 기초 수급권자·차상위 가정의 초등학교 중 보호자 동의를 있는 아동 - 2순위 : 기준 중위소득 80%이하 가정의 초등학교 중 보호자 동의를 있는 아동	-	○ 대상자 선정기준 조정 - 1순위 : 관내 기초 수급권자·차상위 가정의 초등학교 중 보호자 동의를 있는 아동 - 2순위 : 기준 중위소득 100%이하 가정의 초등학교 중 보호자 동의를 있는 아동
의료 지원비	○ 예방진료비(불소도포, 치면세마, 치석제거) 지급기준 인상 - 3만원 ⇒ 4만원 ○ 염색제 잇솔질교습(TBI) 추가지급 - 1회 2만원(연 최대2회) ○ 비급여 항목추가 등 단가 인상 - 메탈크라운 금액인상(20만) - 인레이 신규추가 (20만) - 비보험실런트 금액인상(2만) ○ 치료비 최고지원 금액 인상 - 30만원 ⇒ 40만원	○ 1회 예방진료서비스(불소도포+치면세마+염색제잇솔질교습) 비용 ⇒ 5만원	○ 질환치료서비스 지원범위 및 지원기준 - 40만원을 초과하는 경우 발생시, 치과의원은 보건소장과 사전 합의(결재) 후 추진하고, 보건소는 시에 공문으로 보고
만족도 조사	-	-	○ 구강검진, 예방진료는 보건소와 치과의원 중 사업대상자의 편리에 따라서 선택하여 진행(병행)
기타	○ 별지3.(구강검진결과서) 서식 간소화	○ 보건복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업 시행으로, 초등학교 4학년 아동은 구강질환치료만 연계하여 지원 ※ 1순위 대상자(수급권자&차상위 계층)를 우선 지원하며, 잔여예산 있을 시 2순위 대상자 추가지원	○ 보건복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업 시행으로, 초등학교 5학년 아동은 구강질환치료만 연계하여 지원 ※ 1순위 대상자(수급권자&차상위 계층)를 우선 지원하며, 잔여예산 있을 시 2순위 대상자 추가지원

구 분	2023년	2024년	2026년 *'25년 변경사항 없음
대상자 관리	○ 대상자 선정기준 조정 - 1순위 : 관내 기초 수급권자 차상위 가정의 초등학생 중 보호자 동의가 있는 아동 - 2순위 : 기준 중위소득 100% 이하 가정의 초등학생 중 보호자 동의가 있는 아동 - 3순위 : 기준 중위소득 120% 이하 가정의 초등학생 중 보호자 동의가 있는 아동 ○ 대상자기준 확인 : 행정정보공동이용 시스템	-	-
의료 지원비	○ 불소도포, 치면세마, 잇솔질 교습(TBI), (필요시)치석제거 : 치과의원 이용횟수 설정 (1인 연1회) ○ 질환치료서비스 지원범위 및 지원기준 - 급여 및 비급여 최고 지원 한도액 : 1인당 연간 35만원* * 불소도포, 치면세마, 잇솔질 교습(TBI), (필요시)치석제거 비용 별도 - 35만원을 초과하는 경우, 치과 의원은 보건소장과 사전합의(결재) 후 추진하고, 보건소는 시에 공문 보고	-	○ 비급여 진료비 지급기준 일부 수정 - (기존) 크라운(메탈) 지원기준 20만원 → (변경)의료기관 수가 70% 적용
사업 추진 방법	-	-	○ 보건복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업 전학년 활용 - 예방진료: 복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업 활용
기타	○ 보건복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업 시행으로, 초등학교 6학년 아동은 구강질환치료만 연계하여 지원 ※ 1순위 대상자(수급권자&차상위 계층)를 우선 지원하며, 잔여예산 있을 시 2,3순위 대상자 추가지원 ○ 별지(1~10) 내용 수정 및 변경	○ 별지(1~10) 내용 수정 및 변경	○ 사업명 변경 (기존)저소득층 아동치과주치의 지원사업 → (변경)광주시 아동치과주치의 지원사업

6

사업개요

○ 큰 거

- 「국민건강증진법」 제18조(구강건강사업), 「구강보건법」 제7조(구강보건사업의시행)
- 「광주광역시 저소득층 아동치과주치의 지원 조례」 제5조(지원액)

○ 사업기간 : 2026. 3. ~ 12.

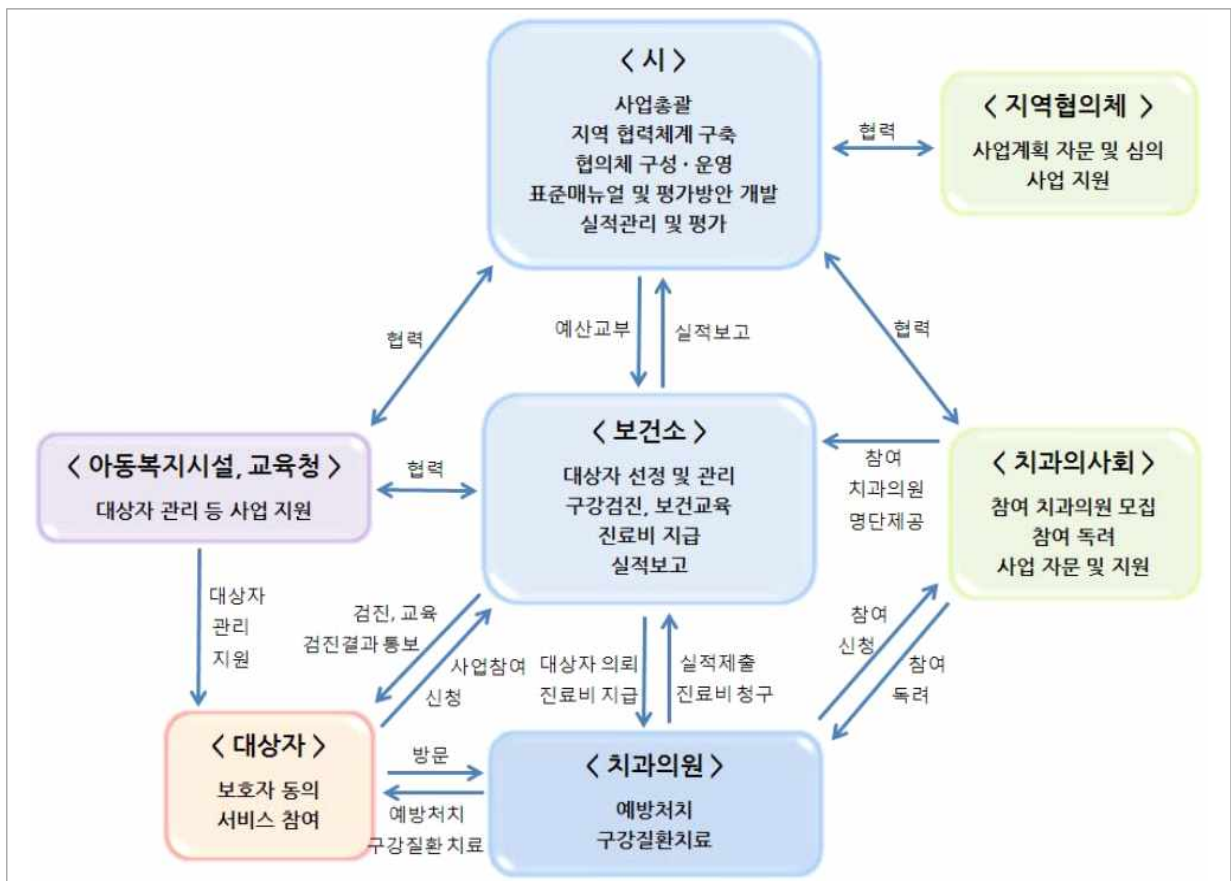
○ 2026년 사업비 : 108,000천 원(시비 100%)

○ 사업대상 : 관내 저소득층 초등학생 1~6학년 1,300여명

○ 사업내용 : 저소득층 아동에 대한 지속적인 구강건강관리 서비스 제공

- 예방진료 서비스(구강검진, 구강보건교육, 불소도포·치면세마 등)
- 구강질환치료(충전, 신경치료, 발치 등)

○ 추진 체계도



1 지역협의체 운영

- 근거 : 「광주광역시 저소득층 아동 치과주치의 지원 조례」 제8조
- 구성인원 : 11명(당연직 1, 위촉직 10) * 간사: 건강위생과장
 - 당연직 : 복지건강국장
 - 위촉직 : 예방치과 교수, 치과의사, 치과의사회 관계자, 공무원 등
- 임 기 : 2024. 5. 27. ~ 2026. 5. 26.
- 주요기능 : 자문 및 심의
 - 사업추진을 위한 전략 및 추진계획에 관한 사항
 - 지원 대상, 진료범위, 지원액의 기준, 의료지원비 지급방법 등에 관한 사항 등
- 회의개최
 - 정기회의 : 1회/연
 - 임시회 : 위원장이 필요하다고 인정할 때

2 아동치과주치의 서비스 제공

① 참여 치과의료기관 지정(市 치과의사회, 보건소)

- 보건소는 치과의사회와 협의하여 참여 의료기관 지정
 - 2025년 : 232개소 참여
- 참여 의료기관 교육 : 사업 내용 및 행정 서류, 비용청구 안내 등

② 사업 대상자 선정(보건소장)

- 배정인원 : 1,300명(동구117, 서구286, 남구247, 북구325, 광산구325)
 - 배정기준 : 전년도 추진실적, 자치구별 초등학생 수 등
 - 사업대상 : 관내 초등학생 1~6학년 1,300여명

구 분	대 상	증빙서류
1순위 (우선)	관내 기초수급권자·차상위계층 가정의 초등학생 中 보호자 동의가 있는 아동	자격증명서(정부24 또는 읍·면·동) 또는 행정정보공동이용 확인
2순위	관내 기준중위소득 100%이하 가정의 초등학생 中 보호자 동의가 있는 아동	최근 3개월 치 건강보험료 본인부 담금 평균값으로 소득 기준 판정 (참고1. 소득판정기준표)
3순위	관내 기준중위소득 120%이하 가정의 초등학생 中 보호자 동의가 있는 아동	최근 3개월 치 건강보험료 본인부 담금 평균값으로 소득 기준 판정 (참고2. 소득판정기준표)

※ 1순위 우선 선정 이후 추가 대상자 필요 시 2, 3순위를 선착순 모집

※ 「아동복지법」제3조(정의)제3항“보호자”란 친권자, 후견인, 아동을 보호·양육·교육하거나 그러한 의무가 있는 자 또는 업무·고용 등의 관계로 사실상 아동을 보호·감독하는 자

○ 2025년도 사업 대상자 선정 절차

- 대상자 퇴록

- 지원 자격 변동 대상자 : 초등학교 졸업자, 자격 변동자
- 전년도 사업 대상자 중 지속 참여 미희망자
- 최근 1년 이내 보건소 및 치과주치의 의료기관 미방문자

- 신규 대상자 모집 : 초등학교 1학년 우선 선정

- 동 주민센터 및 관내 학교 등과 연계한 대상자 안내 추진
- 사업희망 대상자 기준 확인 : 행복이음, 행정정보공동이용 시스템을 통한
자격 확인 및 건강보험료 조회

※ 사업담당자는 행정정보공동이용 등을 사용할 수 있도록 권한부서에 권한요청

③ 서비스 내용 및 의료지원비 지원기준

○ 서비스 내용

분 야	대 상	서비스 내용	수행기관
구강검진	전 체	· 문진 및 구강검사	보건소, 치과의원
	필요자	· 방사선 사진촬영	치과의원
구강보건교육	전 체	· 구강위생관리, 바른 식습관 · 불소이용, 금연/절주 · 칫솔질/치실질 방법 등	보건소, 치과의원
예방진료	전 체	· 치면세마, 불소도포, 칫솔질교육 등 · 치아홈메우기(선택)	보건소, 치과의원
구강질환치료	필요자	· 충전, 신경치료, 발치 등	치과의원

○ 의료지원비 기준

가. 예방진료 서비스 : 6개월 주기

- 방 법 : 보건복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업 활용('26년 전학년 대상)
- 진료범위 : 치면세마, 불소도포, 칫솔질교육 등
- 비 용 : 본인부담금(회당 약4,500~4,800원¹⁾) / 연2회

▶ '26년 예방진료 서비스 제공 기준

- ① 보건복지부 시범사업 및 광주시 아동치과주치의 사업에 모두 참여하는 의료기관을 우선 배정
- ② 부득이하게 중복 참여하는 치과의원으로 배정이 어려운 경우 광주시 아동치과주치의 사업 참여 의료기관으로 배정 가능하나, 예방진료비 지원불가

나. 구강질환치료 서비스 : 순위별 대상자 우선 지원

- 방 법 : 급여 처치(부득이 비급여 처치 필요시 보건소와 사전협의 후 추진)
- 치료범위 : 충전(아말감, 레진, GI), 신경치료 및 크라운, 발치 등
- 지원한도 : 1인당 연간 최대 35만원 *실런트비용 포함하여 최대 35만원 지원

▶ 부득이하게 치료비 35만원* 초과 발생시, 치과의원은 보건소장과 사전 협의 (결재) 후 추진하고, 보건소는 시에 공문으로 보고

○ 비급여 항목 진료비 지급기준

(단위 : 원)

구 분	단 가	구 분	단 가
- 인레이(세라믹)	200,000	- 실런트(비보험)	20,000

- 그 외 보건소와 사전 협의 된 비급여 처치
: 보건소별 예산 범위 내에서 각 의료기관 수가의 70% 수준

※ 실런트(치아홈메우기) : 급여*(대상자 본인부담금), 비급여(개당 2만원)

* 급여(건강보험 적용) : 만6~18세 이하, 상악4개, 하악4개 총 8개 어금니

1) (본인부담금) 1회당 4,500원~4,800원 (본인부담 10%, 공단부담 90%)

* 의료급여수급권자는 본인부담금 면제, 건강보험 차상위계층은 본인부담금 감면

④ 사업비 집행 등

○ 사업비 교부 : 시 → 보건소

- 예산 교부 기준 : 대상자 수 대비 보건소별 배분
- 의료 지원비 : 의료기관 예방진료, 구강질환 치료비 등
- 보건소 운영비 : 재료비, 홍보비 등 * 예산의 15% 이내 편성 및 집행
- 의료지원비를 우선 집행, 의료비 부족 시 운영비를 의료비로 전용 가능

○ 의료지원비 청구·지급

가. 치과의원(청구)

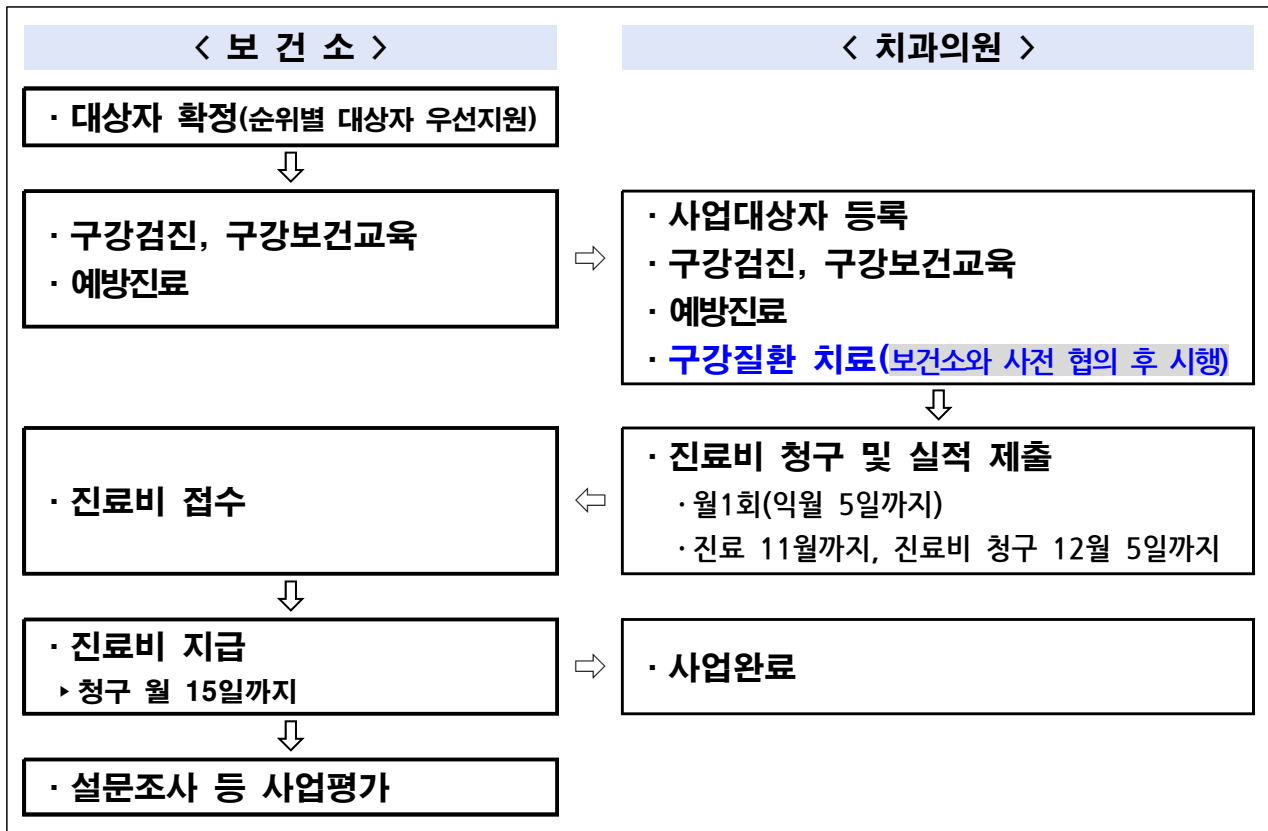
- 대상자 처치 완료 후 관할 보건소에 청구
- 본인부담금 및 예방진료비* 관할 보건소 청구 : 월1회(익월 5일까지)
- * '26년부터 예방진료비는 「보건복지부 아동치과주치의 건강보험 시범사업」을 적용하여 건강보험 수가로 청구하며, 본인부담금(4,500~4,800원/건, 연 2회)은 보건소에서 지원 가능
- 예방진료비 등 건강보험 비용 청구는 의료기관별 공단에 자체 청구
- * 예산 집행 마감 감안, 구강질환 진료는 11월까지, 진료비 청구는 12월 5일까지 완료

나. 보건소(지급)

- 치과의원에 의료지원비 지급 : 청구 월 15일까지(계좌이체 지급)
- 지원단가

구 분	대 상	서비스 내용		지원 단가	비고
예 방 진료비	전 체	불소도포, 치면세마, 칫솔질교육 등		· 건강보험 시범사업 활용 본인부담금 4,500~4,800원/회 · 2회까지/년	본인부담금 지원
추 가 진료비	필요자	(급여)	· 충전, 신경치료, 발치 등	-	1인당 최대 35만원 이내 지원
		(비급여)	· 비보험 실런트	· 개당 20,000원	
			· 인레이(세마릭)	· 200,000원	
		그 외 보건소와 사전 협의 된 비급여 처치		· 보건소별 예산 범위 내에서 각 의료기관 수가의 70% 수준	

⑤ 표준절차 및 사용 양식



3 매뉴얼 정비 및 교육

① 매뉴얼 정비

- 내 용 : 사업내용 및 추진절차, 구강건강관리교육, 예방진료 등
- 방 법 : 광주시 아동치과주치의 지역협의체 논의사항 반영 등

② 참여의료기관 교육

- 내 용 : 2026년 매뉴얼, 진료기록부 작성 요령, 의료지원비 등
- 방 법 : 보건소별 개별교육

8 사업평가

- 평가시기 : 연 1회 평가(사업 종료 후)
- 평가방법 : 평가항목에 따른 사업 수행정도 평가
 - 대상자 구강건강 변화율, 만족도, 대상자 치과주치의 서비스 완결률 등

9

예산배정 및 추진일정

○ 자치구별 예산 배정(안)

(단위 : 천원, 명)

구분	사업량	예산액(시비)	사업량 비율	운영비(15%이내) (홍보,재료비 등)	비고
합계	1,300	108,000	100%	16,200	
동구	117	9,720	9.0%	1,458	
서구	286	23,760	22.0%	3,564	
남구	247	20,520	19.0%	3,078	
북구	325	27,000	25.0%	4,050	
광산	325	27,000	25.0%	4,050	

○ 추진일정

사 업 내 용	추진일정(월)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
· 담당자 회의	○			○		○			○			○
· 지역협의체 회의		○										
· 사업계획 및 매뉴얼 정비		○										
· 참여 의료기관 선정			○									
· 사업비 교부			○									
· 대상자 선정(보건소) 및 의료기관 매칭			○	○								
· 참여인력 교육			○	○								
· 대상자 교육, 예방처치 및 치료서비스 제공			○	○	○	○	○	○	○	○	○	
· 사업 추진실적 보고(자치구)	○			○			○			○		
· 사업 홍보			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
· 사업 평가												○

10

행정사항

- 광주시 아동치과주치의 협의체 운영(시) : '26. 2.
- 광주시 아동치과주치의 매뉴얼 수립(시) : '26. 2.
- 대상자 모집 안내 및 홍보, 의료기관 배정(구) : '26. 3. ~ 11.
- 치과주치의 서비스 제공(치과병 · 의원) : '26. 3. ~ 11.

□ 사업 개요

- (사업목적) 구강관리 습관 형성으로 아동의 구강건강 증진 및 부모 소득수준에 따른 아동의 구강건강 격차 완화
- (내용) 아동이 주치의를 학기마다 정기 방문하여 구강검진, 교육 및 예방서비스를 지속적·포괄적으로 제공받는 구강건강관리 제도
- (사업기간) 2024. 7월 ~ 2027. 2월(2년 8개월) *'26.3.~'27.2.(전 학년 해당)
- (대상지역) 서울특별시, 광주광역시, 대전광역시, 세종특별자치시, 강원 원주시, 전남 장성군, 경북 경주시, 경북 의성군, 경남 김해시
- (대상자) 초등학생 전 학년 ... ('24.) 1·4학년, ('25.) 1·2·4·5학년, ('26.) 전 학년
- (주치의) 「의료법」 제3조에 따른 치과 병·의원 및 병원급* 의료기관 소속, 아동치과주치의 교육**을 이수하고 주치의로 등록한 상근 치과의사
 - * 요양병원, 한방병원, 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 제외
 - ** 대한치과의사협회에서 실시하는 온라인 아동치과주치의 교육과정
- (서비스내용) 구강상태평가 및 구강위생검사(PHP) 후 관리계획 수립, 충치예방관리(구강교육, 치면세마, 불소도포(필수)/파노라마 검사, 치아홈메우기 등(선택))



- (본인부담비용) 아동치과주치의료 10% 본인부담 ... 약 4,500 ~ 4,800원

※ 의료급여수급자 또는 차상위 본인 부담 경감 대상자의 경우 면제

참고 2

2026년 소득판정기준표

○ 기준중위소득 100%

(단위 : 원)

가구원수 ²⁾	기준중위소득 100%	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합 (직장+지역)
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
9인	11,434,000	432,308	404,529	457,613
10인	12,393,000	457,613	435,046	490,306

○ 기준중위소득 120%

(단위 : 원)

가구원수 ¹⁾	기준중위소득 120%	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합 (직장+지역)
2인	5,040,000	183,365	123,644	185,675
3인	6,431,000	232,890	168,649	236,378
4인	7,794,000	284,951	233,292	290,169
5인	9,069,000	327,091	284,606	337,647
6인	10,268,000	374,300	338,641	390,974
7인	11,419,000	432,308	404,529	457,613
8인	12,570,000	457,613	435,046	490,306
9인	13,721,000	535,512	525,833	584,741
10인	14,872,000	535,512	525,833	584,741

※ 노인장기요양보험료를 제외한 금액임

2) 주민등록등본을 기준으로 하되 실질적으로 생계 및 주거를 같이하는 2촌이내 혈족, 직계속·비속, 배우자로 한다.

참고 3

광주시 아동치과주치의 추진현황

I 최근 3년간 현황

○ 최근 3년간 대상자 등록 수

(단위 : 명)

구분	목표인원	등록인원 수	학교(개인)	지역아동센터	아동그룹홈 등
2023년	1,305	1,353 (100%)	1,172 (87%)	126 (9%)	55 (4%)
2024년	1,300	1,332 (100%)	1,181 (89%)	109 (8%)	42 (3%)
2025년	1,300	1,347 (100%)	1,183 (88%)	125 (9%)	39 (3%)

○ 2025년 서비스제공 실적(순위별)

(단위 : 명)

구분	계	대상자 순위별 구분			신규/연속참여	
		1순위	2순위	3순위	신규참여	연속참여
2023년	1,353	942 (70%)	297 (22%)	114 (8%)	499 (37%)	854 (63%)
2024년	1,332	788 (59%)	506 (38%)	38 (3%)	557 (42%)	775 (58%)
2025년	1,347	772 (57%)	529 (39%)	46 (3%)	401 (30%)	946 (70%)

* 1순위 : 관내 기초수급권자·차상위계층 가능의 초등학생

* 2순위 : 관내 기준중위소득 100%이하

* 3순위 : 관내 기준중위소득 120%이하

○ 최근 3년간 서비스 제공실적

(단위 : 명, %)

구분		서비스 제공실적(연인원)			
		구강검진	구강보건교육	예방진료	구강치료
2023년	1차	1,232	1,232	1,175	1,258
	2차	1,213	1,213	932	
2024년	1차	1,332	1,332	1,324	995
	2차	1,229	1,229	1,156	
2025년	1차	1,347	1,347	1,281	1,112
	2차	1,273	1,273	1,132	

○ 최근 5년간 사업비 집행율

(단위 : 천원, %)

구분	사업비	집행액	의료지원비			운영비
			계	예방진료	구강치료	홍보, 재료비 등
2023년	170,000	170,000	143,578	60,777 (36%)	82,801 (49%)	26,422 (15%)
2024년	160,000	160,000	136,203	65,200 (41%)	71,003 (44%)	23,797 (15%)
2025년	160,000	157,633	157,633	45,856 (29%)	87,510 (55%)	24,266 (15%)

* 2025년 집행잔액 2,366천원

II 2025년도 사업 설문조사

○ 조사개요

- 조사대상 : 참여 초등학생(보호자)
- 조사기간/방법 : 치료 종료 후 / 조사표 작성

○ 참여현황

(단위 : 명)

소속	합계	학교(개인)	지역아동센터 등	비고
사업참여	1,347	1,183	164	
조사참여	1,192	1,052	140	

○ 만족도 조사결과

소속	합계	매우 만족	대체로 만족	대체로 불만족	매우 불만족
계	1,192 (100%)	1,014 (85.1%)	173 (14.5%)	3 (0.3%)	2 (0.2%)
학교(개인)	1,052	888	159	3	2
지역아동센터 등	140	126	14	-	-

* 불만족 사유 : 불친절(1)

- 별지 1. 광주광역시 아동 치과주치의 사업안내문(보호자용)
- 별지 2. 광주광역시 아동 치과주치의 개인정보 동의서(보호자용)
- 별지 3. 아동 치과주치의 구강검진 문진표(아동용)
- 별지 4. 아동 치과주치의 구강검진결과 통보서(보건소용, 의뢰용)
- 별지 5. 보안서약서(치과병 · 의원용)
- 별지 6. 아동 치과주치의 구강진료 내역 청구서(표지)
- 별지 7. 아동 치과주치의 구강진료 내역 청구서(개별)
- 별지 8. 사후 성과평가 조사지
- 별지 9. 광주광역시 아동 치과주치의사업 대상자 등록대장(보건소용)
- 별지 10. 아동 치과주치의사업 연보고 서식

광주광역시 아동 치과주치의 사업 안내문

안녕하십니까?

광주광역시에서는 보건소, 치과의원과 협력하여 아동을 대상으로 예방 중심의 구강 건강증진사업을 실시하고 있습니다.

○○보건소에서 시행되는 광주광역시 아동 치과주치의사업의 내용은 아동의 구강 건강 향상을 위하여 개별 아동과 치과의원 주치의를 맺어 치과의료 서비스를 무료로 제공하는 사업입니다.

제공되는 서비스는 구강검진, 구강보건교육, 예방진료(불소도포, 치석제거 등) 및 구강 질환 치료(발치, 충전(아말감, GI, 전치부 레진), 신경치료 및 메탈크라운 등) 입니다.

이에 ○○보건소, 치과의사회 등과 협력하여 아동에게 포괄적인 치과의료 서비스 제공을 통해 지속적인 구강건강관리 체계를 만들고자하니 많은 참여를 부탁드립니다.

※ 동의서를 제출하시면 ○○보건소에서 제공하는 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.

년 월 일

○○구 보건소장

☎ 문의전화 : ○○구 보건소 구강보건센터 062 - ____ - ____

별지 2 광주광역시 아동 치과주치의 개인정보 동의서(보호자용)

광주광역시 아동치과주치의 사업 참여 및 검진결과 활용 동의서

정보주체	성명		전화번호	
	생년월일		주민등록주소지	

법정대리인	성명		전화번호	
	생년월일		주민등록주소지	

귀하는 아동 치과주치의 사업 내용을 잘 이해하였고 아동치과주치의 사업 참여와 개인정보 수집 및 이용, 고유식별정보처리 등 아래 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

■ 개인정보 수집·이용 내역

- ① 개인정보의 수집·이용 목적 : 광주광역시 아동치과주치의 사업 운영 및 평가
- ② 수집하려는 개인정보의 항목(필수항목)
 - 아동의 성명, 전화번호, 주민등록번호, 주소, 소속, 재학 중인 초등학교명, 진료기록내용
 - 법정대리인의 성명, 전화번호, 생년월일, 이메일 주소, 정보주체와의 관계
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: **3년**
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 아동치과주치의 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.
위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하시겠습니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

■ 민감정보 수집·이용 내역

- ① 민감정보의 수집·이용 목적 : 광주광역시 아동치과주치의 사업 운영 및 평가
- ② 수집하려는 민감정보의 항목(필수항목): 아동의 아동치과주치의 사업 진료·시술·상담·문진
- ③ 민감정보의 보유 및 이용 기간: **3년**
- ④ 귀하는 민감정보 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 아동치과주치의 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.
위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하시겠습니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

■ 개인정보 제3자 제공 내역

- ① 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적: 아동치과주치의 사업 운영 및 평가
- ② 개인정보를 제공받는 자, 제공하는 개인정보의 항목(필수항목) 및 제공받는 자의 보유기간

제공받는 자	제공하는 항목	보유기간
광주광역시, 보건소, 치과(시술기관), 치과의사회	- 아동의 성명, 생년월일, 성별, 전화번호, 주소, 재학 중인 초등학교명 - 법정대리인의 성명, 생년월일, 전화번호, 정보주체와의 관계	3년

- ③ 귀하는 본 건 아동치과주치의 업무와 관련하여 개인정보 제3자 제공에 대하여 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 아동치과주치의 참여에 제한을 받을 수 있습니다.
위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하시겠습니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

■ 민감정보 제3자 제공 내역

- ① 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 이용 목적: 아동치과주치의 운영 및 평가
- ② 민감정보를 제공받는 자, 제공하는 민감정보의 항목(필수항목) 및 제공받는 자의 보유기간

제공받는 자	제공하는 항목	보유기간
광주광역시, 보건소, 치과(시술기관), 치과의사회	- <u>아동의 아동치과 주치의 사업 진료·시술·상담·문진 내역</u>	3년

- ③ 귀하는 본 건 아동치과주치의 시범사업 업무와 관련하여 민감정보 제3자 제공에 대하여 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 아동치과주치의 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.
위와 같이 민감정보를 제3자 제공에 동의하시겠습니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

- 진료비 반환 고지사항 : 타 지원 사업과 중복 수혜가 확인되는 경우 진료비 지원금 일부 또는 전부 반환할 수 있습니다. 동의함 ☐ 동의안함 ☐

년 월 일
 ■ 본인 성명 (서명 또는 인) ■ 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

별지 3 아동 치과주치의 구강검진 문진표(아동용)

아동치과주치의 구강건강 문진표						
이 설문조사는 구강검진을 하기 전 구강상태를 참고하기 위하여 실시하는 것으로, 솔직하고 성실한 답변을 해야 본인의 구강진료에 도움이 됩니다. 비밀은 절대 보장되므로 잘 모르는 사항은 부모님(보호자)과 상의하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다.						
학교	()초등학교 학년 반			소속		
성명		성별	남 / 여	생년월일	년	월 일
연락처				작성일	년	월 일
구강증상	최근 1년 동안 느낀 증상에 모두 표시해주세요.					
	문항	질문사항				
	1	치아가 깨지거나 부러짐			① 있다	② 없다
	2	차갑고 뜨거운 음료를 마시거나 음식을 먹을 때 이가 아픔			① 있다	② 없다
	3	치아가 쏘시고 육신거리고 아픔			① 있다	② 없다
	4	잇몸이 아프거나 피가 남			① 있다	② 없다
	5	혀 또는 입 안쪽 뺨이 육신거리며 아픔			① 있다	② 없다
6	불쾌한 입 냄새가 남			① 있다	② 없다	
구강건강행태	본인의 구강건강 상태에 해당하는 번호를 표시해 주세요.					
	7	최근 6개월간 치과 병·의원에서 받은 진료에 모두 V표시를 해주세요 (복수응답 가능)	① 구강검진 ② 충치예방 : 불소도포 ③ 치아 홈 메우기 ④ 충치치료 및 발치 ⑤ 그 외 치료() ⑥ 방문한적 없음			
	8	어제 하루동안 칫솔질 한 때를 모두 V 표시해 주세요(복수응답 가능)	① 아침식사 전 ② 아침식사 후 ③ 점심식사 전 ④ 점심식사 후 ⑤ 저녁식사 전 ⑥ 저녁식사 후 ⑦ 간식 후 ⑧ 잠자기 직전 ⑨ 양치질 하지 않음			
	9	현재 불소가 함유된 치약을 사용하나요?	① 예 ② 아니오 ③ 모르겠다 ④ 치약을 사용하지 않는다			
	10	칫솔, 치약 외 사용하는 것에 모두 V 표시를 해주세요(복수응답 가능)	① 치실 ② 구강 청결제 ③ 불소양치 용액 ④ 없음			
	11	어제 하루 동안 사탕, 과자 등 단음식 또는 콜라, 사이다 등 청량음료를 몇 번 마셨나요?	① 먹지 않음 ② 1번 ③ 2번 ④ 3번 ⑤ 4번 이상			
	12	술과 담배가 입냄새, 잇몸손상, 염증을 일으킬 수 있다는 것을 들어본 적 (배운 적)이 있나요?	① 있다 ② 없다 ③ 모르겠다			
* 치과의사 선생님에게 특별히 묻고 싶은 내용을 쓰세요.						

보 안 서 약 서

본인은 「광주광역시 아동치과주치의 사업」 업무를 수행함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 엄숙히 서약합니다.

1. 위 사업을 수행함에 있어 취득한 일체의 개인정보 및 자료는 업무 목적으로만 사용해야 하며, 광주광역시 또는 관할 보건소의 동의 없이 자료를 유출하거나 기타 목적으로 사용하지 않는다.
2. 본인은 업무목적에서 취득한 일체의 개인정보 및 자료는 사업 중에는 물론 사업이 종료된 후에라도 절대로 누설하지 않을 것을 서약한다.
3. 본인은 위 규정을 위반한 때에는 관련 법령 및 계약에 따라 어떠한 민·형사상의 처벌 및 불이익도 감수한다.

년 월 일

서 약 자 성 명 : (서명 또는 인)
소속기관 :
생년월일 :

○○보건소장 귀하

별지 5 아동 치과주치의 구강검진결과서(보건소용, 의뢰용)

아동 치과주치의 구강검진 결과서

소 속		성 명		성 별	☐ 남 ☐ 여																																																																																																												
등록번호			의 료 기 관																																																																																																														
구강검사 결과 및 판정																																																																																																																	
치아상태	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td> </tr> <tr> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65													17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37															85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																		
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																								
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27																																																																																																				
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																																																																																				
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																								
S : 건전치, D : 충치, F/D : 2차 충치, F : 치료된 치아, Cr : 크라운 M : 충치로 인해 결손된 치아, A : 원인불명의 결손치(예: 유치 발치 후), Xs : 실런트																																																																																																																	
치료필요 충 치	①	없음	②	있음	상 ()개 하 ()개																																																																																																												
부정교합	①	없음	②	교정필요	③	교정 중																																																																																																											
구강위생상태	①	양호	②	보통	③	개선요망																																																																																																											
그 밖의 치아상태	①	정상	②	과잉치	③	그 밖의 치아 상태:																																																																																																											
비 고																																																																																																																	
판정 치과의사	면허번호			검 진 일																																																																																																													
	의 사 명	(인)		검진기관명	○○구 보건소																																																																																																												

아동 치과주치의 구강진료내역 청구서(표지)

본 의원에서 시술한 아동치과주치의 사업 시술내역(비용)을 아래와 같이 청구하오니 지급하여 주시기 바랍니다.

1. 치과의원명 :
2. 요양기관기호 :
3. 사업자등록번호 :
4. 소 재 지(전화번호) :
5. 지급 인원 : 예시) 김o영 외 ~명
6. 은행명/계좌번호(예금주) : 예시) 농협/000000000000(홍길동)
7. 총 지급 금액 : 예시) 금10,000원(금일만원)
8. 사업에 대한 의견(생략 가능)

개선할 점	
미답사례	

년 월 일

()치과의원장 : (인)

아동 치과주치의 구강진료내역 청구서(개별)

성명		생년월일		
구강진료 세부내역 및 청구내역				
진료일자	진료부위 및 내용	치아 개수	청구금액	비고
합계(원)				

년 아동치과주치의사업 대상자 등록대장(구)

연번	등록 번호	소속	성명	생년월일 (성별)	치과 의원명	연락처 (보호자)	예방 진료 지원 (원)	질환 치료 지원 (원)
합계								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

(구) 광주광역시 아동 치과주치의사업 연간 결과보고서

담당자 : 직급 _____ 성명 _____

1. 투입

구 분		세 부 내 용	결 과
재원	사업비	사업비 보조금(시비)	원
		자체 예산액(구비)	원
인력	사업담당 인력	치과의사 수	명
		치과위생사 수	정규직 명
			기 타 명
		그 외 담당 공무원 수	명

2. 활동

구 분	세부내용	결 과
사업 홍보	홍보물 제작 건수	건 매(개)
	홍보 건수	회

3. 산출

구 분	세부내용	결 과
서비스 제공자	참여 치과 의료기관 수/치과주치의 수	개소 명
서비스 이용자 (신청 경로)	계	명
	학교(단체신청의 경우)	개소 명
	지역아동센터	개소 명
	아동그룹홈	개소 명
	아동양육시설	개소 명
	기타(개인신청 및 사업지속참여자)	명
대상자 구분	계	명
	1순위	명
	2순위	명
	3순위	명
제공된 서비스 양 (1차+2차)	구강검진	명
	구강보건교육	명
	예방진료	명
	구강치료	명
사업비 지출	사업비 집행액 및 집행율	천원(%)