중심에 서다

2026년 충청북도 자살예방사업(도비보조)

충청북도 자살예방사업 업무 운영지침

<사 업 명>

1. 자살위험자 응급개입 치료비 지원
2. 우울증환자 치료관리비 지원
3. 지역사회 자살예방 네트워크 구축
4. 재난심리치료비 지원사업

충청북도

순 서

Ⅰ. 충청북도 자살예방사업 운영체계 ···· 1

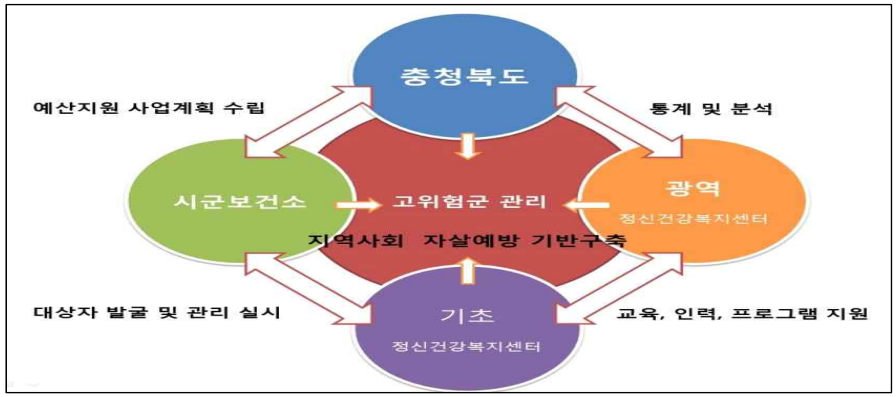
1. 운영체계 ····· 1
2. 주체별 역할 및 운영 ····· 1

Ⅱ. 세부 사업별 업무 운영지침 ·····2

1. 자살위험자 응급개입 치료비 지원 ····· 2
2. 우울증환자 치료관리비 지원 ····· 9
3. 지역사회 자살예방 네트워크 구축 ····· 17
4. 재난심리치료비 지원사업 ····· 19

Ⅰ 충청북도 자살예방사업 운영체계

❍ 운영체계도



❍ 주체별 역할 및 운영

추진 주체	역 할	주요시기
충 청 북 도	- 사업 계획수립(총괄)・예산 확보 - 추진상황 총괄 관리・점검 - 시군 사업운영, 실적관리 총괄 - 사업 평가	- 사업계획 수립(전년도12월) - 예산교부(분기) - 실적 점검(반기) - 사업평가(1~2월)
보건소 (14개소)	- 자체예산 확보, 자체 사업계획 수립 - 지역사회 홍보 및 유관기관 협력체계 구축 - 정신건강복지센터 운영, 실적 관리 총괄 - 기타 보건사업과 연계 활용	- 계획 수립(전년도12월) - 예산집행(분기) - 실적 보고(분기) - 사업결과 보고(1월)
정신건강복지센터 (15개소)	- 대상자 발굴, 등록관리, 사후관리 체계 구축 - 지역주민, 유관기관 인식개선 교육 - 생명지킴이 양성, 사후관리	- 계획 수립(전년도12월) - 실적 보고(월) - 사업결과 보고(12월)

Ⅱ 세부사업별 운영계획(지침)

1. 자살위험자 응급개입 치료비 지원

1 근거법령

❍ 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제20조(자살시도자 등에 대한 지원)

❍ 「충청북도 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」 제15조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진대책)

2 필요성

❍ 자살시도자 등의 정신적 재활치료를 위하여 전문가 치료 필요

❍ 경제적 문제, 신체·정신적 질환이 자살 사유의 가장 큰 비중

❍ 자살사망자의 경우 유가족의 정신건강관리 중요

- 1명의 자살로 최소 혈연관계 6명의 유가족발생(Mcintosh,1999)
- 자살시도자 4명 중 1명 꼴 가족 중 자살 시도(미국국립정신보건원)
- 유가족의 자살위험도는 일반인의 8.3배, 우울증은 7배 이상

3 추진방향

❍ 도내 전 시·군의 응급치료비 지원사업 실시(16년부터)

❍ 자살시도자 및 그 가족(유가족 포함)외에도 자타해 가능성*이 있거나, 자살가능성이 높아 전문치료가 필요하다고 판단되는 경우 지원 가능

* 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준[참고1]

❍ 정신건강복지센터 사후관리에 동의하는 경우에만 치료비 지원

4 2026년 사업개요

○ **사업대상** : 11개 시·군(14개 정신건강복지센터)

○ **사업기간** : 2026. 1. ~ 12.

○ **총사업비** : 138,000천원(도비 34,500[25%], 시군비 103,500[75%])

○ **지원대상**

- 자살시도자 및 그 가족(유가족 포함)
- 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험[참고]이 있다고 의심되는 자

※ 20년부터 정신질환자 치료비지원사업 실시(국비보조) 됨에 따라, 우선적으로 국비사업으로 지원을 유도하기 바람

5 지원내용

○ **지원기준**

- 주민등록상 도내 거주자에 한함
- 정신과적 치료 및 자살시도로 인한 신체적 질환 치료의 경우 지원가능
- 치료비 지원 이후 지속적 사례관리를 위해 기초정신건강복지센터에 회원 등록에 동의한 경우만 지원 가능
- 1년 1회 지원 원칙, 다만 지속적인 치료와 더불어 지역센터 또는 광역센터의 사례관리에 동의한 경우 재지원 가능
- 스스로 치료를 중단하거나, 포기할 경우 지원 중단

○ **지원범위[본인부담 비용만 가능(본인부담금, 선택진료비 등)]**

- 입원비, 외래 진료비, 응급이송비, 검사료* 지원

  * 정신의학과 전문의가 의사소견을 바탕으로 정신질환과 관련이 있다고 소명할 경우 진료에 필요한 검사료 지원 가능

구 분	지 원 금 액
입원비	**연300만원까지**
외래 진료비(외래진료비와 약제비 합산)	**연 60만원까지**
응급이송비(응급환자이송업체 구급차 이용 등)	**1인 횟수제한 없이 최대 35만원 까지**
검사료(의사소견 있는 정신질환과 관련된 검사비)	**연 20만원까지**

* 타행 계좌이체 등에 발생하는 수수료 사업비로 지출 가능

** 감염병(예 코로나19 등) 지역사회 확산에 따른 비자의입원(행정,응급) 대상 정신질환자의 경우 병원 내 감염 우려 등으로 정신의료기관 신규 환자 입원 절차에 따른 진단검사 필요시 검사비 지원 가능

○ **신청기간** : 퇴원일 기준 180일 이내 ※기한내 미신청시 지급불가

○ **신청기관** : 대상자 주민등록 주소지 관할 기초정신건강복지센터 또는 보건소 등

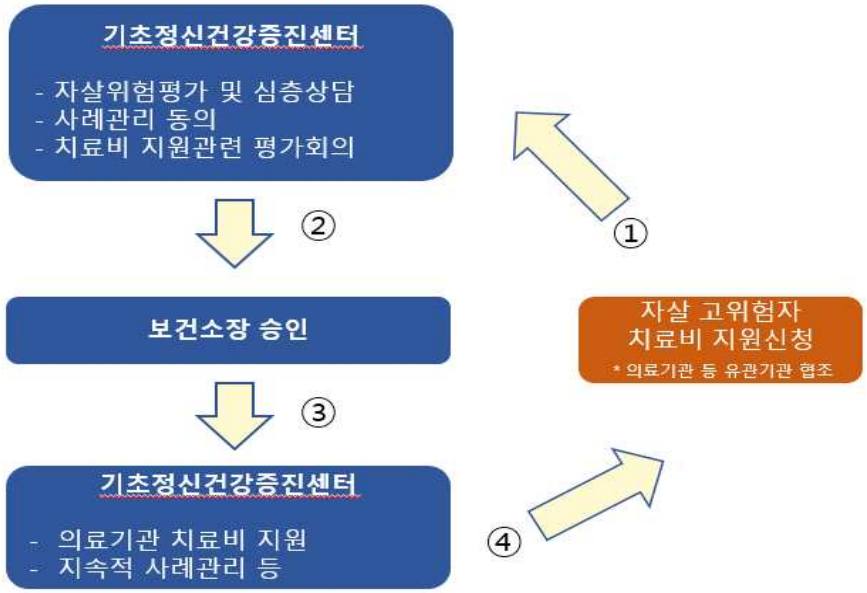
○ **지급기간** : 지원신청을 받은 날로부터 30일 이내 지급

- 전년도 예산 부족으로 미지급한 의료비는 당해연도 예산으로 소급지급 가능

○ **지원순위**

- 기초생활수급자 및 차상위계층 우선순위 지원
- 기타 경제적, 정신적 여건 등 여러 조건을 감안하여 치료비 지원이 필요하다고 보건소장 및 정신건강복지센터장이 추천하는 자

○ **지원체계**



6 지원대상자 구비서류

① 지원신청서 1부 【서식1】
② 개인정보활용동의서 1부 【서식2】 (최초1회)
③ 주민등록등본(본인의 경우), 가족관계 증명서(가족 또는 유가족의 경우)
④ 대상자 본인 명의 통장(개인지급 시), 가족 명의 통장(보호자 지급 시), 병원 통장(병원지급 시) 사본 1부
⑤ 건강보험(의료급여) 자격확인서 등
⑥ 정신질환 관련 증빙서류 등(병원비 영수증 등)

7 기대효과

○ 자살시도자의 전문치료 유도로 자살 재시도 가능성 감소
○ 치료비 지원을 통한 자살위험자의 경제적 부담 경감
○ 자살사망자 유가족, 기타 자살 위험자의 정신건강 회복 기대
○ 지원 및 등록 관리를 통해 지역 내 고위험군 자살시도 감소 유도

8 행정사항

○ 지원대상자 등록 및 관리 철저(대상자 모니터링 및 사례조사 실시)
○ 일회성 의료비 지원을 지양하고 관련 정신건강서비스 지속적 제공
○ 분기별 실적 보고, 지속적인 소요 예산 추이 확인 요청

【서식 1호】

자살위험자 응급개입 치료비 지원 신청서

신청자 성명		연락처	자 택 (휴대폰)	
대상자와의 관 계			직 장	
대 상 자				
성 명		주민등록번호		
주 소				
연 락 처	(휴대폰 :)			

※정신건강복지센터 등록 관리 동의	성명		관계		서명	
	대리인 동의시 사유기재 :					

계좌번호 (본인계좌 신청일 경우 1, 환자가족계좌 신청일 경우 2, 병원 신청일 경우 3)		
(1)환자본인신청	은행 : 예금주 : 계좌번호 :	
(2)환자가족신청	은행 : 예금주 : 계좌번호 : 환자와의 관계 :	
	확 인	가족관계증명서, 환자본인 동의 : (인)
(3)병원신청	은행 : 예금주 : 계좌번호 : 신청사유 :	
	확 인	환자본인 및 가족 동의 : (인)

위와 같이 자살위험자 응급개입 치료비 지원 및 등록 관리를 신청합니다.

년 월 일

신청자 성명 : (인)

_____보건소장 귀하

접수번호			
접수일자			
처 리 과			
결 재	주 무 관	팀 장	소 장

확인

구비서류 1. 자살시도자 및 가족(유가족), 정신질환 관련 증빙 서류(병원비 영수증 등) 1부
2. 통장 사본 1부 3. 등본(본인), 가족관계증명서(가족, 유가족)

【서식 2호】

개인정보수집 및 행정정보 공동이용 제공동의서

개인정보수집 및 행정정보 공동이용 · 제공 동의서	
□ 동의자 성명 :	□ 주민등록번호 : -

충청북도는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 및 충청북도 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례에 따라 **자살위험자 응급개입 치료비 지원사업 업무**를 처리함에 있어 상담, 검진, 의료비 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용과 관련된 공공기관에 동의한 개인정보가 제공됩니다.

□ 개인정보 수집·제공 항목

○ 인적사항 : 성명, 성별, 주민등록번호, 주소, 연락처, 연령, 건강상태, 직업, 가족관계, 병력

○ 관련사항 : 정신회원등록카드, 자살위험자 응급개입 치료비 지원 및 등록관리

□ 개인정보 수집 및 이용·제공 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.

○ 자살예방 및 정신건강증진 관련 상담 및 프로그램 운영

○ 자살위험자 응급개입 치료비 지원 사업

○ 국가 및 지자체 정신건강증진 및 자살예방 사업에 대한 연구·통계

□ 개인정보 보유 및 이용기간

○ 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 합니다.

○ 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

□ 개인정보 제공기관 및 제공방법

○ 충청북도, 시·군 보건소 및 협약 의료기관, 정신건강복지센터

○ 상기 기관의 내부 시스템에 업무 담당자가 개인정보 입력 또는 전자파일 제공

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

- 상기명 본인은 "개인정보 보호법「제 15조 및 21조,23조,24조」,「제 17조 및 22조」"에 명기된 관련 법률에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.
- 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류를 확인하는 것에 동의합니다.

(위에 기재된 구비서류 정보는 해당 사무 이외의 용도로 사용될 수 없으며, 만약 전자적 확인에 대하여 본인이 동의하지 아니하는 경우에는 본인의 선택에 따라 서류로 대신 제출할 수 있음)

년 월 일

동의인 : (서명) 자살위험자 응급개입 치료비지원 대상자와의 관계 :

* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재 _____

참고 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준

보건복지부고시 제97-18호

정신보건법제25조제4항의규정에의한자신또는타인을해할위험의기준

정신보건법제25조제4항의규정에의한자신또는타인을해할위험의기준을 다음과 같이 고시한다.

1997. 3. 31

보 건 복 지 부 장 관

정신보건법제25조제4항의규정에의한자신또는타인을해할위험의기준

정신보건법제25조제4항의규정에의한자신또는타인을해할위험의기준은아래와같다.

1. "자신 또는 타인을 해할 위험"의 인정기준

가. 정신병으로 인하여 의식장애가 심한 상태 : 의식의 혼탁과 지남력, 기억력, 충동조절능력 상실등의 증상이 심하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 높은 상태

나. 정신병으로 인한 망상에 의해 행동이 지배당하는 상태 : 다음에 열거한 망상이 심하여 그 망상에 따라 행동하면 자신 또는 타인을 해할 가능성이 높은 상태

1) 자신을 누가 해치려 한다는 피해적 내용의 망상이 심한 경우(피해망상, 추적망상, 음독망상, 조정망상등)

2) 자신은 살아야 할 가치가 없다는 비관적 내용을 포함하는 망상이 심한 경우(죄책망상, 빈곤망상, 허무망상, 자살사고등)

3) 자신은 누구보다도 위대하기 때문에 무슨 일도 할 수 있다는 내용의 망상이 심한 경우(과대망상))

4) 서로 연결이 되지 않는 각종 망상을 동시에 가지고 있어서 극도의 정신혼란을 보이는 경우

다. 정신병으로 인한 환각에 의해 행동이 지배당하는 상태 : 다음에 열거한 내용의 환각이 있어서 그 환각에 따라 행동하면 자신 또는 타인을 해할 가능성이 높은 상태

1) 환자에게 어떤 행동을 하라고 지시하는 내용의 환각

2) 환자를 비난하는 내용의 환각

3) 환자를 자극하여 흥분시키는 내용의 환각

라. 정신병으로 현실판단 능력이 심하게 손상되어 예측 불가능한 행동을 할 가능성이 높은 상태

마. 심한 우울증으로 삶의 의욕을 상실하여 자해의 가능성이 높은 상태

바. 정신병의 증상으로 극도로 흥분하여 난폭한 행동을 하는 상태

2. 정신병의 범주

여기에서 정신병이라 함은 다음과 같은 정신장애를 말한다.

가. 정신분열장애

나. 기분장애중 조증상태 또는 우울상태

다. 술 또는 습관성 물질복용으로 인한 정신장애

라. 각종 기질성 정신장애

마. 기타 정신병적 상태

부 칙

이 고시는 1997년 3월 31일부터 시행한다.

충청북도 우울증환자 치료관리비 지원사업 지침

(변경일 : '26. 3. 16. 시행 '27. 1. 1.)

1 근거법령

○ 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제14조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책)

○ 「충청북도 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」 제15조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진대책)

2 사업목적

○ 자살원인 중 정신적 정신과적(우울증) 문제가 1순위(경찰청 통계자료)

※ 자살원인(24년) : 1위) 정신적・정신과적 문제, 2위) 경제생활 문제, 3위) 육체적질병 문제

○ 우울증 환자에 대한 치료관리비를 지원함으로써 치료 시도율을 높이고 지원 환자를 별도 관리하여 신속한 위기대응체계 마련 필요

3 추진방향

○ 우울증환자 발굴 및 등록, 사후관리를 포함한 유기적 지원체계 구축

○ 단순 지원을 지양, 우울증 환자 발굴 및 서비스 제공 내실화 기여

4 2026년 사업개요

○ (사업대상) 11개 시·군(14개 정신건강복지센터)

○ (사업기간) 2026. 1 ~ 12월

○ (총사업비) 432백만원(도비 108[25%] , 시군비 324[75%])

○ (사 업 량) 14개소(보건소)

○ (사업내용)

- 우울증 환자 진료비 및 투약비 지원(실비 24만원/연)
- 지원대상자 등록(정신건강복지센터), 자살고위험군 대상 선별 관리
- 약국 및 우울증 환자에 대한 지원사업 홍보 실시

5 지원내용

○ (지원대상) 우울증 관련 진단을 받고 치료 약물을 복용 중인 우울증 환자

※ 우울증 관련 진단코드 : F30 ~ F39(자세한 사항은 붙임1 참고)

○ (지원범위) 우울증 치료비 및 약물 처방비(예산소진시 까지)

※ 단, 진단비 및 검사비 등의 기타 비용(본인부담금)은 보건소장 또는 정신건강복지센터장이 인정하는 경우, 예산범위 내에서 지급 가능

○ (지원금액) : 당해연도 진료건에 대해 1인당 연간 24만원(본인부담금)

※ 2025년 예산부족에 따른 미지급분은 2026년 예산으로 소급지원 가능하되, 2027년 1월 1일 부터는 전년도 소급지원 불가 (적용기준일 27.1.1부터)

○ (신청기관) 대상자 주민등록 주소지 기초정신건강복지센터 또는 보건소 등

○ (신청기간) 진료일로부터 90일 이내 ※ 기한내 미신청시 지급불가

○ (지급기간) 지원신청을 받은 날로부터 30일 이내 지급 원칙

※ 불가피한 사유(예산, 재난 등)는 신청자의 신청일을 기준으로 순차적 지급

※ 지침개정에 따른 사업홍보 및 대상자 안내 등 시기를 고려하여 변경된 지침의 적용시점은 27년 1월 1일부터 신규 또는 기존 신청(지원)자 모두 적용하며, 26년 12월 31일 까지는 기존 지침(25년)에 따른다.

6 지원대상

○ (지원원칙)신청자(환자) 본인이 아래의 기준을 모두 만족하고, 정신건강복지센터의 사후관리*에 동의하는 경우에만 신청 및 지원 가능

- 지역기준 : 관내 지역주민(신청당시의 주민등록 기준)
- 진단기준 : 의료기관에서 우울증 진단을 받고 치료를 받는 자**

* 증상의 중증도에 따라 사례회의 후 일반상담 대상자 지원가능

** 확인 : 진단서 또는 의사소견서, 질병코드 및 우울증 치료약물이 기재된 처방전

※ 단, 사업 취지를 감안하여 **최초 신청 과정에서 사례관리에 동의하지 않거나 추후 상담 등에 협조하지 않는 경우**, 보건소장 및 정신건강복지센터장은 지원을 중단 할 수 있음

◆ **(비협조 기준 및 조치)** 사례관리 동의 후 연락두절 등 사례관리 비협조 회차가 3회 초과 시, 지원을 중단 할 수 있으며 마지막 회차 시점부터 1년간 또는 자체 기준에 따라 지원 중단 가능

❍ **(예외사항)신청자(환자) 본인이 신청이 어렵거나 보호자가 없는 경우**

- 자원봉사자, 방문간호사, 의료기관, 사회복지 담당공무원 등으로부터 대리 등록 신청을 받을 수 있고, 치료비 지급은 환자의 통장으로 지급
- 다만, 지원대상자의 개인사정에 따라 계좌 확인이 어려운 경우 가족관계증명서 등 추가 제출하여 대상자의 법적보호자로 확인된 가족통장으로 지급 가능(단, 반드시 지원대상자의 의견 확인 및 관련 증빙자료 첨부 필요)

7 지원대상자 구비서류

① 지원신청서 1부 【최초 1회, 서식 1호】

② 개인정보활용동의서 1부(최초1회)

③ 진단서 또는 의사소견서(우울증 진단코드가 기재된 처방전) 1부(최초1회)

④ 대상자 본인 명의 입금 통장 사본 1부

⑤ 우울증 치료 및 관련 약품명이 기재된 영수증 1부

⑥ 가족관계증명서 1부

8 사업계획 수립 및 홍보

❍ 보건소장 또는 정신건강복지센터장은 우울증치료관리비 지원사업 관련 대상자 지원 및 사례 관리 방안에 대한 **자체 계획을 수립 할 수 있음**

❍ 지역 여건 및 대상자 관리를 위해 **도 지침 외 지원대상, 범위, 방식 등에 대한 규정을 자체적으로 정할 수 있음**

❍ 대상자 발굴 및 의료기관, 약국 홍보를 위하여 전체사업비의 5%까지 홍보비(홍보물 제작 등 사무관리비) 사용 가능

8 행정사항

❍ **(지침변경)** 변경되는 기준에 대하여 적용시점(2027.1.1.) 이전에 기존 지원자 및 신규 신청자에 대한 안내 홍보 철저

❍ **(신청관련)** 신청 접수 시 개인정보 활용동의서 동의 반드시 확인

❍ **(등록관리)** 지원대상자 등록 및 관리 철저

❍ **(실적관리)** 지속적 환자 발굴, 실적보고 및 도비 지원외 자체예산 확대를 위한 지속적 노력 요청

참고 주요 변경내용 요약

현 행(~2026.12.31.)	변 경(2027.1.1.~)
▸ **지원범위** - 우울증 진단, 우울증 치료비 및 약물 처방비 (예산소진시 까지)	▸ **지원범위** - 우울증 치료비 및 약물 처방비 (예산소진시 까지) ※ 단, 진단비 및 검사비 등의 비용 (본인부담금)은 보건소장 또는 정신건강복지센터장이 인정하는 경우, 예산범위 내에서 지급 가능
▸ **신청기간** 진료일로부터 180일 이내	▸ **신청기간** 진료일로부터 90일 이내
▸ **지급기간** 전년도 예산 부족으로 미지급한 의료비는 당해연도 예산으로 소급지급 가능	▸ **지급기간** 당해연도 신청건에 대해서만 지급가능
▸ **지원대상(지원중단 관련)** 사례관리 동의 후 연락두절 등 사례관리 비협조 회차가 5회 초과 시 마지막 회차 시점부터 1년간 지원 중단	▸ **지원대상(지원중단 관련)** 사례관리 동의 후 연락두절 등 사례관리 비협조 회차가 3회 초과 시 마지막 회차 시점부터 1년간 지원 중단
-	▸ **시·군 사업계획 수립 등** 지역 여건 및 대상자 관리를 위해 도 지침 외 지원대상, 범위, 방식 등에 대한 규정을 자체적으로 정할 수 있다.

붙임1 우울증 관련 지원 대상 질환(진단코드)

구 분	상병코드 (진단코드)	상 병 명
1	F30	조증에피소드
	F30.0	경조증
	F30.1	정신병적 증상이 없는 조병
	F30.2	정신병적 증상이 있는 조병
	F30.8	기타 조증 에피소드
	F30.9	상세불명의 조증 에피소드
2	F31	양극성 정동장애
	F31.0	양극성 정동장애, 현존 경조증
	F31.1	양극성 정동장애, 현존 정신병적 증상이 없는 조증
	F31.2	양극성 정동장애, 현존 정신병적 증상이 있는 조증
	F31.3	양극성 정동장애, 현존 경증 또는 중등도의 우울증
	F31.4	양극성 정동장애 현존 정신병적 증상이 없는 심한 우울증
	F31.5	양극성 정동장애 현존 정신병적 증상이 있는 심한 우울증
	F31.6	양극성 정동장애, 현존 혼합형
	F31.7	양극성 정동장애, 현존 관해상태
	F31.8	기타 양극성 정동장애
	F31.9	상세불명의 양극성 정동장애
3	F32	우울에피소드
	F32.0	경도 우울에피소드
	F32.1	중등도 우울에피소드
	F32.2	정신병적 증상이 없는 중증의 우울에피소드
	F32.3	정신병적 증상이 있는 중증의 우울에피소드
	F32.8	기타 우울에피소드
	F32.9	상세불명의 우울에피소드
4	F33	재발성 우울장애
	F33.0	재발성 우울장애, 현존 경도
	F33.1	재발성 우울장애, 현존 중등도
	F33.2	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 없는 중증
	F33.3	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 있는 중증
	F33.4	재발성 우울장애, 현존 관해 상태
	F33.8	기타 재발성 우울장애
	F33.9	상세불명의 재발성 우울장애
5	F34	지속성 기분(정동) 장애
	F34.0	순환성격
	F34.1	기분이상
	F34.8	기타 지속성 기분(정동) 장애
	F34.9	상세불명의 지속성 기분(정동) 장애
6	F38	기타 기분(정동) 장애
	F38.0	기타 단일기분(정동) 장애
	F38.1	기타 재발성 기분(정동) 장애
	F38.8	기타 명시된 기분(정동) 장애
7	F39	상세불명의 기분(정동) 장애

※ 상병코드와 상병명이 상이한 경우 상병코드를 기준으로 함

【서식 1호】

우울증 치료관리비 지원 신청서

※ 정신건강복지센터 등록 관리 미동의(비협조) 시, 지원대상자에서 제외됨을 알려드립니다

신청자 성명		연락처	자 택 (휴대폰)	
대상자와의 관 계			직 장	
대 상 자				
성 명		주민등록번호		
주 소				
연 락 처	(휴대폰 :)			

※정신건강복지센터 등록 관리 동의	성명		관계		서명
	대리인 동의시 사유기재 :				

유의사항	단, 사례관리 동의 후 연락두절 등 사례관리 비협조 회차가 3회 초과 시 마지막 회차 시점부터 1년간 지원 중단될 수 있습니다.	확 인(✓ 체크) □

계좌번호 (본인계좌 신청일 경우 1, 환자가족계좌 신청일 경우 2)		
(1)환자본인	은행 : 예금주 : 계좌번호 :	
(2)환자가족신청	은행 : 예금주 : 계좌번호 : 환자와의 관계 :	
	확 인	가족관계증명서, 환자본인 동의 : (인)

위와 같이 우울증 치료비 지원 및 등록 관리를 신청합니다.

년 월 일

신청자 성명 : (인)

_____보건소장 귀하

접수번호			
접수일자			
처 리 과			
결 재	주 무 관	팀 장	소 장

구비서류 1. 진단서(소견서 등) 1부(최초) 2. 통장 사본 1부(최초)
3. 우울증 진료비(약제비) 영수증

【서식 2호】

개인정보수집 및 행정정보 공동이용 제공동의서

개인정보수집 및 행정정보 공동이용 · 제공 동의서

□ 동의자 성명 : □ 주민등록번호 : -

충청북도는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 및 충청북도 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례에 따라 **우울증환자치료관리비 지원사업 업무**를 처리함에 있어 상담, 검진, 의료비 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용과 관련된 공공기관에 동의한 개인정보가 제공됩니다.

□ 개인정보 수집·제공 항목

○ 인적사항 : 성명, 성별, 주민등록번호, 주소, 연락처, 연령, 건강상태, 직업, 가족관계, 병력

○ 관련사항 : 회원(사례관리) 등록카드, 정신(우울증)치료관리비

□ 개인정보 수집 및 이용·제공 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.

○ 우울증치료 및 관리 관련 상담 및 프로그램 운영

○ 우울증환자 치료관리지원 사업

○ 국가 및 지자체 정신건강증진 및 자살예방 사업에 대한 연구·통계

□ 개인정보 보유 및 이용기간

○ 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 합니다.

○ 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

□ 개인정보 제공기관 및 제공방법

○ 충청북도, 시·군 보건소 및 협약 의료기관, 정신건강복지센터

○ 상기 기관의 내부 시스템에 업무 담당자가 개인정보 입력 또는 전자파일 제공

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

- 상기명 본인은 "개인정보 보호법「제 15조 및 21조,23조,24조」, 「제 17조 및 22조」"에 명기된 관련 법률에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.
- 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류를 확인하는 것에 동의합니다.

(위에 기재된 구비서류 정보는 해당 사무 이외의 용도로 사용될 수 없으며, 만약 전자적 확인에 대하여 본인이 동의하지 아니하는 경우에는 본인의 선택에 따라 서류로 대신 제출할 수 있음)

년 월 일

동의인 : (서명) 우울증환자와의 관계 :

* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재 _____

3. 지역사회 자살예방 네트워크 구축사업

1 근거법령

○ 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제15조(생명존중문화 조성), 제23조(민간단체 등의 지원)

○ 「충청북도 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」 제10조(지역사회 협력체계 구축)

2 필요성

○ 자살예방 국가행동계획('18.1.23)에 따라 자살예방 환경 조성을 위해 인적자원 구축을 강조하고 있으며 이에, 지역풀뿌리조직 역할과 활용 필요

※ 지역풀뿌리조직 : 이·통장, 부녀회, 노인회 등 마을 정보에 대해 가장 근접하게 접근 가능한 조직

○ 자살시도자 및 자살고위험군 응급개입을 위한 유관기관 상시 협조체계 유지를 위한 정기 담당자 회의 및 인식개선 프로그램 제공 필요

3 추진방향

○ 자살예방 체계 강화를 위해 가용 인적자원 확보 및 활용 확대

– 마을 이통장, 노인회에 대한 자살 인식개선 및 협력 지원 강화

○ 지역 유관기관 실무자 간 업무협의 등 소통 확대(생명존중안심마을 조성 연계)

– 경찰, 소방, 의료기관, 복지시설 간 유기적 협력체계 마련을 위한 지원 실시

4 사업개요

○ 사업대상 : 11개 시·군(14개 정신건강복지센터) 및 광역정신건강복지센터

○ 사업기간 : 2026. 1 ~ 12월

○ 총사업비 : 48백만원(도비 16.5$^{34\%}$, 시군비 31.5$^{66\%}$)

○ 사 업 량 : 15개소(보건소 및 광역·기초정신건강복지센터)

○ 사업내용 : 지역사회 자살예방 인적네트워크 구축 및 환경조성

5 지원내용

○ 사업대상 : 지역 이통장, 부녀회, 노인회, 관련기관 등

○ 지원내역 : 자살예방 지역환경구축을 위한 자조모임 구성, 간담회(위원회 수당) 인식개선 프로그램비

※ 지역 현황 및 가용자원에 따라 지원 대상, 방식 자율적 실시 단, 1회성 모임 또는 행사 지원 지양

6 (참고)자살예방 국가 행동계획 추진과제

< 지역사회 자살고위험군 발굴을 위한 집단 분류 >

	지역풀뿌리 조직	방문서비스종사자	상담전문가	보건의료인력
장점	· 빈틈없는 발굴망 구축 가능 · 위험군에 대한 정서적지지 및 모니터링 체계로 활용가능 · 적은 비용으로 대규모 집합교육 가능	· 취약계층 접근성 높음 · 가구방문으로 생활상황을 인지하여 자살 위험 파악 가능 · 정기적 방문으로 신뢰형성, 모니터링 용이	· 실질적 어려움에 직면한 대상자 접근성 높음 · 대상자 욕구파악 용이 · 상담전문가로 단시간 교육으로 전문성 제고가능	· 높은 전문성으로 자살위험 스크리닝 및 효과적인 연계치료 기대 · 자살고위험군 접촉 가능성이 매우 높음
단점	· 자살위험 감지 전문성 부족 · 적은 비용으로 대규모 집합교육 가능 · 체계적 운영 및 활성화가 쉽지 않음	· 자살위험 감지의 전문성 불충분 · 스크리닝 활성화가 쉽지 않음	· 담당과업 수행에 매몰, 자살위험 스크리닝 소홀할 가능성 · 기관별 실적 및 이해관계에 따라 연계·협력 장애	· 집합교육이 매우 어려움 · 비정신과 의료진 인센티브 제공 필요, 경제적 인센티브 제공할 경우 고비용

※ **지역사회 네트워크 구축사업**을 통해 지역풀뿌리 조직 집중 육성, 교육 및 사후관리로 단점 보완 필요

7 행정사항

○ 자살예방네트워크 구축계획 수립 요청 (대상, 시기, 방법 등/ 1월~3월중)

○ 사업대상 집단 관리 철저

○ 일회성 지원을 지양하고 관련 연계활동이 지속 될 수 있도록 프로그램 개발

○ 분기별 실적 보고, 지속적인 소요 예산 추이 확인 요청

4. 재난심리치료비 지원사업

1 근거법령

○ 「재해구호법」 제4조(구호의 종류 등), 동법 시행령 제1조의4(심리적 안정과 사회적응 지원 대상)

○ 「정신건강복지법」 제4조(국가와 지방자치단체의 책무) 및 동법 제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등)

2 필요성

○ 유가족 및 부상자 등 대상자 의료기관 치료 뿐만 아니라 사설심리상담까지 요청함에 따라 심리상담 지원 필요

3 추진방향

○ **(의료기관)** 치료비 등 본인부담금 지원

○ **(사설심리상담)** 사설심리상담 상담료 등 지원

4 2026년 사업개요

○ **사업대상** : 청주, 괴산

○ **총사업비** : 54백만원(도비 27$^{50\%}$, 시군비 27$^{50\%}$)

○ **사업내용**

– 정신건강문제로 의료기관 이용 치료비 등 지원

– 사설 심리상담센터 상담료 지원*

* 오송참사 피해자의 경우, <u>오송 참사 피해자 심리상담 지원사업비(국비, 26년)</u> 별도 반영, 관련 사업 지침에 따라 지원

○ **지원대상** : 집중호우로 피해를 입은 유가족, 부상자 등(가족포함)

– 사망자와 부상자의 배우자, 직계 존·비속 및 형제 자매

– 직계 비속의 배우자, 형제자매의 배우자

< 대상자 확인 >

❖ 국가재난안전관리시스템(NDMS) 대상자, 재난피해 확인서 등

❖ 유가족, 부상자의 관계를 확인할 수 있는 가족관계증명서 등

○ **지원사항**

– **(의료기관)** 검사비, 치료비(입원비포함), 약제비 등 본인부담금 전액지원

– **(사설 심리상담센터)*** 상담료 : 1인 240만원/년

* 전국민 마음투자사업 제공기관

○ **지원기간**

– 의료진 검토에 따라 의학적 치료가 필요한 기간까지

– 지원대상자의 사설심리상담 지원 요청시 까지

○ **지원절차**

– 대상자는 치료받을 기관(의료기관 및 심리상담센터) 선정 후 보건소에서 연계

【의료기관 이용절차】

① 대상자 의료기관 확인 및 연계	② 정신건강의료기관 정신상담·치료	③ 의료기관 치료비 청구	④ 치료비 검토 후 지급
▶ (보건소) 의료기관연계	▶ (대상자) 의료기관 방문 진료	▶ (의료기관) 대상자 치료비 청구서 시군 보건소 제출 ▶ (대상자) 치료비 청구서 관할 시군 보건소 제출	▶ (보건소) 치료내역 확인후 치료비 지급

【사설 심리상담센터 이용절차】

① 보건소↔사설심리상담 연계	② 사설 심리상담센터 상담	③ 상담센터 상담료 청구	④ 상담료 검토 후 지급
▶ 전국민마음투자사업 제공기관 중 충청북도와 협의 ▶(보건소) 상담기관 연계	▶ 대상자 사설 심리상담	▶ (상담센터) 대상자 상담료 청구서 시군 보건소 제출 ▶ (대상자) 상담료 청구서 관할 시군 보건소 제출	▶ (보건소) 상담내역 확인후 상담료 지급

< 사설 심리상담 센터 이용방법 >

① 신청 동의서(서식 4) 작성 제출, 가족관계증명서 등(이용대상자 확정)
단, 기존 의료기관 치료비 지원대상자는 가족관계증명서 등 제출제외
- 사회서비스 전자바우처 홈페이지 **접속**
- 서비스기관 검색(시도, 시군구) : 전국민마음투자지원사업 체크
- 조회결과 해당기관 상세 검색후 제공 유형 확인

② 이용기관 선정 후 충청북도청에 연락하여 이용대상기관 선정 협의

③ 선정한 상담센터 상담 연계의뢰(보건소 → 상담센터)

5 행정사항

○ 개인정보동의서에 의한 개인정보 보안 철저
- 개인정보 제공동의서 의료기관(사설 심리상담센터 포함) 및 보건소 각 1부 보관
- 치료비 지원 사업 수행 중 취득한 개인정보를 유출하지 않도록 조치 철저

○ 사업비 회계처리
⇨ 청구 대상에 따라 채주에게 납부(증빙서류) 확인 후 지급
- (의료기관 및 심리상담 센터) 대상자 치료(상담)후 보건소 청구
  ✓ 의료비(상담비) 청구서, 지급내역서, 통장사본, 사업자등록증 등
- (대상자) 해당 기관 치료(상담) 후 보건소 청구
  ✓ 의료비(상담비) 영수증, 의료비(상담) 내역서, 통장사본 등

○ 재난심리치료비 지원사업 관련서류 서식 활용
- 의료기관 이용 時 : 지원 신청서, 청구서 등
- 사설 심리상담 이용 時 : 신청 동의서, 지원신청서, 청구서 등

○ 실적 보고 : 월, 분기, 반기

붙임 1. 재난심리치료비 지원사업 관련 서식 1부
2. 전국민 마음투자지원사업 제공기관 확인방법 1부
3. 가족관계 증명서 관련 교부정보 1부

서 식 재난심리치료비 지원사업 관련 서식 종류

구분	서식 종류	구비서류
의료기관	【서식 1호】 신청인 用 **재난심리치료비 지원사업 지원신청서**	1. 신분증
	【서식 2호】 의료기관 用 **재난심리치료비 지원사업 청구서**	1. 의료비 지급 계산서 1부. 2. 의료비 지급 세부 내역서 1부. 3. 통장사본 1부. 4. 사업자 등록증(법인등록증) 1부.
	【서식 3호】 신청인 用 **재난심리치료비 지원사업 신청 및 청구서**	1. 의료비 지급 계산서 또는 영수증 1부. 2. 의료비 지급 세부 내역서 1부. 3. 통장사본 1부. 4. 처방전 및 약국 영수증 각 1매.
사설 심리 상담 센터	【서식 4호】 신청인 用 **재난심리치료비 지원사업 신청 동의서**	1. 가족관계증명서, 재난피해확인서, 국가재난안전관리시스템(NDMS) 대상자 등 (관계 확인서류)
	【서식 5호】 신청인 用 **재난심리치료비 지원사업 지원신청서**	1. 신분증
	【서식 6호】 심리상담센터 用 **재난심리치료비 지원사업 청구서**	1. 심리 상담내역 확인서 1부.(서식 7) 2. 통장사본 1부. 3. 사업자등록증 1부. 4. 상담 제공인력 자격증 사본 1부.
	【서식 7호】 심리상담센터 用 **재난심리치료비 심리상담내역 확인서**	-
	【서식 8호】 신청인 用 **재난심리치료비 지원사업 신청 및 청구서**	1. 영수증 1부. 2. 심리 상담내역서 확인서 1부.(서식 7) 3. 청구인 통장사본 1부.
보고 서식	【서식 9호】 **재난심리치료비 지원 현황**	-

【서식 1호】(신청인➔의료기관) (앞면)

(신청인용) 재난심리치료비 지원사업 지원신청서

신청자	성 명		주민등록번호	-
	주 소			
	연 락 처			
의료기관	기 관 명 (대표자명)			
	소 재 지			
	연 락 처			
제출서류 (수집항목)	1. 신분증 1부(본인 확인용) (수집항목) ┌ 의료비 지급 영수증 1부 ├ 의료비 지급 세부 내역서 1부 └ 재난심리치료비 지원사업 청구서 1부			

본인은 위와 같이 「재난심리치료 지원사업」을 신청하며, 동시에 치료비를 위 의료기관에 지급하는 것에 동의합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 날인)

서류제출 대행자 및 의료비 신청(수령)자 : (서명 또는 날인)

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장), 의료기관의 장 귀하

【서식 1호】 (뒷면)

개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서

「재난심리치료 지원사업」신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 : 보건소(광역·기초정신건강복지센터, 충북도청 보건정책과 포함), 심리치료 의료비 지원사업 통계관리를 위해 충청북도에서 위탁한 의료기관

❒ 개인정보 수집 및 이용목적
○「재난심리치료 지원사업」의 대상자 선정 및 관리
○「재난심리치료 지원사업」의 수행 및 정책자료 활용
○「재난심리치료 지원사업」타 정신건강 지원사업과 연계될 경우 사용

❒ 개인정보수집항목
○ 성명, 주민등록번호, 성별, 주소 및 거주지, 연락처(휴대폰번호 또는 전화번호), 이메일
○ 「의료법」 제22조(진료기록부 등)에 의해 기재되는 진료기록부 등 항목, 의료비 지급 계산서 또는 영수증, 의료비 지급 세부내역서, 의사소견서 ,처방전(원외처방일 경우) 등

❒ 개인정보보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 사업종료 시까지
○ 진료서비스를 위한 정보의 경우 「의료법」 시행규칙 제15조(진료부 등의 보존) : 10년
○ 「공공기록물 관리에 관한 법률」시행령 제26조(보존기간), 「지방자치단체 회계관리에 관한 훈령」 제112조(증거서류 및 장부의 보존)에 따른 보존 및 이용 : 5년

❒ 개인정보 활용 동의내용
○ 심리치료 신청, 진료내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○개인정보 수집 및 제공 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

개인정보 수집 및 이용	민감정보 처리	고유식별 정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	제3자 제공에 관한 사항
☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 「재난심리치료비 지원사업」의 의료기관 치료비 신청과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 **(서명 또는 날인)**

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장), 의료기관의 장 귀하

【서식 2호】 **의료기관 ➔ 보건소**

(의료기관용) 재난심리치료비 지원사업 청구서

지원 대상자	성명			주민등록번호		
	주소					
	전화번호			휴대폰번호		
	대 상 자	□ 유가족 □ 부상자 *관계 기재*)				
	진료연계기관	*보건소*				
청구기관	의료기관명 (주소)					
	치료기간	입원	년 월 일 ~ 마지막 월 일 (총 일간)			
		외래	년 월 일 ~ 마지막 월 일 (총 일)			
	담당자	(성명) (연락처)				
	계좌정보	은행명		계좌번호		예금주
입원	총진료비 (A+B+c)	환자부담금 소계 (A+C)	급여부담금			비급여 부담금(C)
			본인일부부담금 (A)	공단부담금 (B)		
	원	원	원	원		원
	청구소계	환자부담금 (A+c)	원			
외래	총진료비 (A+B+c)	환자부담금 소계 (A+C)	급여부담금			비급여 부담금(C)
			본인일부부담금 (A)	공단부담금 (B)		
	원	원	원	원		원
	청구소계	환자부담금 (A+c)				

청구 합계(입원+외래) _____ **원**

1. 의료비 지급 계산서 1부.
2. 의료비 지급 세부 내역서 1부.
3. 통장사본 1부.
4. 사업자 등록증(또는 법인등록증) 1부.

위와 같이 심리치료 의료비를 신청·청구합니다.

20 년 월 일

청구 요양기관의 장 : (직인)

_____ 보건소장 귀하

【서식 3호】 (**신청인 ➔ 보건소**) (앞면)

(신청인용) 재난심리치료비 지원사업 신청 및 청구서

지원 대상자		성명			주민등록번호		
		주소					
		전화번호			휴대폰번호		
		대 상 자	*ex) 본인, 가족, 의료기관 담당자 등* * 본인일 경우 □ 유가족 □ 부상자 □ 부상자가족				
		진료연계기관	*보건소*				
청구내역		의료기관명 (주소)					
		치료기간	입원	년 월 일 ~ 마지막 월 일 (총 일간)			
			외래	년 월 일 ~ 마지막 월 일 (총 일)			
		청구인 정보 (본인 아닐 시)	성명		관계		전화번호
		계좌정보	은행명		계좌번호		예금주
기납부 여부 □ 유 □ 무	입원	총진료비 (A+B+c)	환자부담금 소계 (A+C)	급여부담금			비급여 부담금(C)
				본인일부부담금(A)	공단부담금 (B)		
		원	원	원	원		원
		청구소계	환자부담금 (A+c)	원			
	외래	총진료비 (A+B+c)	환자부담금 소계 (A+C)	급여부담금			비급여 부담금(C)
				본인일부부담금 (A)	공단부담금 (B)		
		원	원	원	원		원
		청구소계	환자부담금 (A+c)				

청구 합계(입원+외래) _____ **원**

1. 의료비 지급 계산서 또는 영수증 1부.
2. 의료비 지급 세부 내역서 1부.
3. 통장사본 1부.
4. 처방전 및 약국 영수증 각 1매.

위와 같이 심리치료 의료비를 신청·청구합니다.

20 년 월 일

대상자 본인 서명 : (서명)

본인 서명이 어려울 경우 보호자(신청인) 서명 : (서명)

_____ **보건소장 귀하**

【서식 3호】 (뒷면)

개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서

「재난심리치료 지원사업」신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 : 보건소(광역·기초정신건강복지센터, 충북도청 보건정책과 포함), 심리치료 의료비 지원사업 통계관리를 위해 충청북도에서 위탁한 의료기관

❒ 개인정보 수집 및 이용목적
○「재난심리치료 지원사업」의 대상자 선정 및 관리
○「재난심리치료 지원사업」의 수행 및 정책자료 활용
○「재난심리치료 지원사업」타 정신건강 지원사업과 연계될 경우 사용

❒ 개인정보수집항목
○ 성명, 주민등록번호, 성별, 주소 및 거주지, 연락처(휴대폰번호 또는 전화번호), 이메일
○ 「의료법」 제22조(진료기록부 등)에 의해 기재되는 진료기록부 등 항목, 의료비 지급 계산서 또는 영수증, 의료비 지급 세부내역서, 의사소견서 ,처방전(원외처방일 경우) 등

❒ 개인정보보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 사업종료 시까지
○ 진료서비스를 위한 정보의 경우 「의료법」 시행규칙 제15조(진료부 등의 보존) : 10년
○ 「공공기록물 관리에 관한 법률」시행령 제26조(보존기간), 「지방자치단체 회계관리에 관한 훈령」 제112조(증거서류 및 장부의 보존)에 따른 보존 및 이용 : 5년

❒ 개인정보 활용 동의내용
○ 심리치료 신청, 진료내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○개인정보 수집 및 제공 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

개인정보 수집 및 이용	민감정보 처리	고유식별 정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	제3자 제공에 관한 사항
☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 「재난심리치료비 지원사업」의 의료기관 치료비 신청과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명 또는 날인)

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장), 의료기관의 장 귀하

【서식 4호】(신청인 ➔ 충청북도, 보건소) (앞면)

(신청인용) 재난심리치료비 지원사업 신청 동의서

※ 아래 해당 사항에 체크 ☑ 해주세요

신 청 자	성 명		E-mail	
	주민등록번호		핸드폰	
	주 소			
신 청 자 관 계	☐ 유가족 ☐ 부상자	유가족의 경우 고인 성명 생년월일 ☐ 배우자 ☐ 부모 ☐ 자녀 ☐ 형제자매 ☐ 자녀의 배우자 ☐ 형제자매의 배우자 ☐ 본인 ※ 유가족은 고인과의 관계가 증빙되는 가족관계증명서 첨부		
재난심리치료비 이용여부		☐ 여 ☐ 부	최근 지원받은 연도	
상 담 희 망 시군명		희 망 제공기관	① 센터명	
			① 전화번호	
			② 센터명	
			② 전화번호	

본인은 「재난심리치료비 지원사업」의 사설 심리상담 신청을 위하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의하고 아래와 같이 서명합니다.

붙임 가족관계증명서 등 1부. (단, 의료기관 치료비 지원받은 대상자는 제외)

20 년 월 일

신청인 (서명 또는 날인)

충청북도지사, 시 · 군(보건소장) 귀하

【서식 4호】 (뒷면)

개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서

「재난 심리치료비 지원사업」신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 : 보건소(충북도청 보건정책과 포함)

❒ 개인정보 수집 및 이용목적
○ 사설 심리상담 지원 대상자 선정 및 관리
○「재난 심리치료비 지원사업」의 수행 및 정책자료 활용
○「재난 심리치료비 지원사업」이 타 정신건강 지원사업과 연계될 경우 사용

❒ 개인정보수집항목
○ 성명, 주민등록번호, 성별, 주소 및 거주지, 연락처(휴대폰번호 또는 전화번호), 이메일
○ 사설 심리상담 이용 일자, 심리 상담자, 서비스 유형(1급, 2급)등 심리상담 이용 현황

❒ 개인정보보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 사업종료 시까지
○ 「공공기록물 관리에 관한 법률」시행령 제26조(보존기간), 「지방자치단체 회계관리에 관한 훈령」 제112조(증거서류 및 장부의 보존)에 따른 보존 및 이용 : 5년

❒ 개인정보 활용 동의내용
○ 심리상담 신청, 이용내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석 등

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ **개인정보 수집 및 제공 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.**

개인정보 수집 및 이용	민감정보 처리	고유식별 정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	제3자 제공에 관한 사항
☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 「재난심리치료비 지원사업」의 사설 심리상담 신청과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 **(서명 또는 날인)**

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장) 귀하

【서식 5호】(**신청인 ➔ 심리상담센터**) (앞면)

(신청인용) 재난심리치료비 지원사업 지원신청서

신청자	성 명		주민등록번호	-
	주 소			
	연 락 처			
삼당센터	센 터 명 (대표자명)			
	소 재 지			
	연 락 처			
제출서류 (수집항목)	1. 신분증 1부.(본인 확인용) (수집항목) ┌ 상담료 지급 계산서 1부 ├ 심리상담 내역 확인서 1부 └ 재난심리치료비 지원사업 청구서 1부			

본인은 위와 같이「재난 심리치료비 지원사업」을 신청하며, 동시에 상담비를 위 상담센터에 지급하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명 또는 날인)

서류제출 대행자 및 의료비 신청(수령)자 : (서명 또는 날인)

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장), **심리상담 센터장** 귀하

【서식 5호】 (뒷면)

개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서

「재난 심리치료비 지원사업」신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 : 보건소(충북도청 보건정책과 포함), 사설 심리상담 센터

❒ 개인정보 수집 및 이용목적
○ 사설 심리상담 지원 대상자 선정 및 관리
○「재난 심리치료비 지원사업」의 수행 및 정책자료 활용
○「재난 심리치료비 지원사업」이 타 정신건강 지원사업과 연계될 경우 사용

❒ 개인정보수집항목
○ 성명, 주민등록번호, 성별, 주소 및 거주지, 연락처(휴대폰번호 또는 전화번호), 이메일
○ 사설 심리상담 이용 일자, 심리 상담자, 서비스 유형(1급, 2급)등 심리상담 이용 현황

❒ 개인정보보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 사업종료 시까지
○ 「공공기록물 관리에 관한 법률」시행령 제26조(보존기간), 「지방자치단체 회계관리에 관한 훈령」 제112조(증거서류 및 장부의 보존)에 따른 보존 및 이용 : 5년

❒ 개인정보 활용 동의내용
○ 심리상담 신청, 이용내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석 등

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ **개인정보 수집 및 제공 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.**

개인정보 수집 및 이용	민감정보 처리	고유식별 정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	제3자 제공에 관한 사항
☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 「재난심리치료비 지원사업」의 사설 심리상담 신청과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 **(서명 또는 날인)**

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장)**, 심리상담 센터장** 귀하

【서식 6호】(**심리상담센터 ➔ 보건소**) (앞면)

(심리상담 센터용) 재난심리치료비 지원사업 청구서

지원 대상자	성명			주민등록번호		
	주소					
	전화번호			휴대폰번호		
	대 상 자	☐ 유가족 ☐ 부상자 ☐ 본인 ☐ 부상자가족(관계)				
	상담연계기관	보건소				
청구 센터	상담센터명 (주소)					
	사업자등록번호			제공 서비스유형	☐ 1급 유형 ☐ 2급 유형 (중복체크 가능)	
	제공 센터장	성명		생년월일	연락처	
		면허/자격	☐ (개인)1급 유형 기준을 충족한 자 ☐ (개인)2급 유형 기준을 충족한 자(예외적 허용)			
	계좌정보	은행명		계좌 번호	예금주	
	상담제공 인력현황	성명		생년 월일	자격 명칭	
청구금액	금 원					

1. 심리 상담내역 확인서 1부.(서식 7)
2. 통장사본 1부.
3. 사업자등록증 1부.
4. 상담 제공인력 자격증 사본 1부.

위와 같이 심리치료 의료비를 신청·청구합니다.

20 년 월 일

청구 상담센터의 장 : (직인)

보건소장 귀하

【서식 6호】 (뒷 면)

【개인정보 보호 서약서】

개인정보 취급자(처리자) 개인정보 보호 서약서 및 비밀 유지누설 금지

본인은 「재난 심리치료비 지원사업」의 심리상담 제공기관(이하, "기관"이라 한다)의 개인정보취급자로서, 업무를 수행함에 있어 본 서약서가 근무기간 뿐만 아니라 퇴직 후에도 적용될 수 있음을 인지 및 관련 규정을 준수하고, 업무와 관련하여 취급한 일체 개인정보에 대하여 이용·훼손·제공 등 오·남용을 하지 않을 것이며, 이로 인한 문제 발생 시 책임을 다할 것임을 서약합니다.

1. 업무 중 취득한 모든 개인정보를 업무 목적에 한해 이용할 것이며, 다른 목적으로 이용하지 않습니다.
2. 상대가 누구이건 간에 알 필요가 없는 자에게 직무상 알게 된 기관 내부 정보 혹은 제3자의 개인정보를 누설하지 않습니다.
3. 명백히 허가 받지 않은 정보나 시설에 접근하지 않으며, 관련 업무를 수행할 때 기관 내에서 지정되고 허가된 정보 처리시설 및 설비만을 이용합니다.
4. 업무와 관련한 개인정보의 수집, 생성, 연계, 연동, 기록, 저장, 보유, 가공, 편집, 검색, 출력, 정정, 복구, 이용, 제공, 공개, 파기 및 그 밖에 이와 유사한 일체의 행위에 대하여 기관의 규정과 통제절차를 준수합니다.
5. 퇴직 시 기관에서 제공받은 모든 정보자산을 반드시 반납할 것이며, 퇴직 후에도 퇴직 전의 모든 개인정보는 물론이고 영업비밀 등 기타 누설됨으로 인하여 기관에 손해가 될 수 있는 각종 정보에 대하여는 일체 누설하지 않습니다.

상기 사항을 숙지하고 이를 성실히 준수할 것을 동의하며 서약서의 보안사항을 위반하였을 경우에는 『**개인정보 보호법**』 등 관련 법령에 따른 민·형사상의 책임 이외에도, 관련 규정에 따른 징계 조치 등 어떠한 불이익도 감수할 것이며, 기관에 끼친 손해에 대해 지체 없이 변상·복구할 것을 서약합니다.

2O 년 월 일

센 터 명 :

센 터 장 : **(서명 또는 인)**

제공인력 성 명 : **(서명 또는 인)**

【서식 7호】 (**심리상담센터 ➔ 보건소**)

(심리상담 센터용) 재난심리치료비 심리상담내역 확인서

제공기관 / 제공인력명 : / 20 . . ~ 20 . . .

이용자 성명		생년월일	
이용일자	제공인력 자격명	본인확인(서명)	제공인력(서명)

【서식 8호】(신청인 ➔ 보건소) (앞면)

(신청인용) 재난심리치료비 지원사업 신청 및 청구서

지원 대상자	성 명				주민등록번호		
	주 소						
	전화번호				휴대폰번호		
	대 상 자	□ 유가족 □ 부상자 □ 본인 □ 부상자가족(관계)					
	상담연계기관	보건소					
청구내역	상담센터명						
	센터주소						
	사업자등록번호				제공 서비스유형	□ 1급 유형 □ 2급 유형 (중복체크 가능)	
	제공 센터장	성명			연락처		
		면허/자격	□ (개인)1급 유형 기준을 충족한 자 □ (개인)2급 유형 기준을 충족한 자(예외적 허용)				
	상담제공 인력현황	성 명			자격명칭		
	계좌정보	은행명		계좌 번호		예금주	
청구금액	금 원						

1. 영수증 1부.
2. 심리 상담내역서 확인서 1부.(서식 7)
3. 청구인 통장사본 1부.

위와 같이 심리상담료를 신청 청구합니다.

20 년 월 일

청구자 : (직인)

보건소장 귀하

【서식 8호】 (뒷면)

개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서

「재난 심리치료비 지원사업」신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 : 보건소(충북도청 보건정책과 포함), 사설 심리상담 센터

❒ 개인정보 수집 및 이용목적
- ○ 사설 심리상담 지원 대상자 선정 및 관리
- ○「재난 심리치료비 지원사업」의 수행 및 정책자료 활용
- ○「재난 심리치료비 지원사업」이 타 정신건강 지원사업과 연계될 경우 사용

❒ 개인정보수집항목
- ○ 성명, 주민등록번호, 성별, 주소 및 거주지, 연락처(휴대폰번호 또는 전화번호), 이메일
- ○ 사설 심리상담 이용 일자, 심리 상담자, 서비스 유형(1급, 2급)등 심리상담 이용 현황

❒ 개인정보보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 사업종료 시까지
- ○ 「공공기록물 관리에 관한 법률」시행령 제26조(보존기간), 「지방자치단체 회계관리에 관한 훈령」 제112조(증거서류 및 장부의 보존)에 따른 보존 및 이용 : 5년

❒ 개인정보 활용 동의내용
- ○ 심리상담 신청, 이용내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석 등

❒ 개인정보 수집 동의 거부
- ○ **개인정보 수집 및 제공 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.**

개인정보 수집 및 이용	민감정보 처리	고유식별 정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리	제3자 제공에 관한 사항
□ 동의함 □ 동의하지 않음	□ 동의함 □ 동의하지 않음	□ 동의함 □ 동의하지 않음	□ 동의함 □ 동의하지 않음	□ 동의함 □ 동의하지 않음

본인은 「재난심리치료비 지원사업」의 사설 심리상담 신청과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 **(서명 또는 날인)**

충청북도지사, 시 · 군 · 구청장(보건소장), **심리상담 센터장** 귀하

【서식 9호】 (보건소➔도 보건정책과)

재난심리치료비 지원 현황

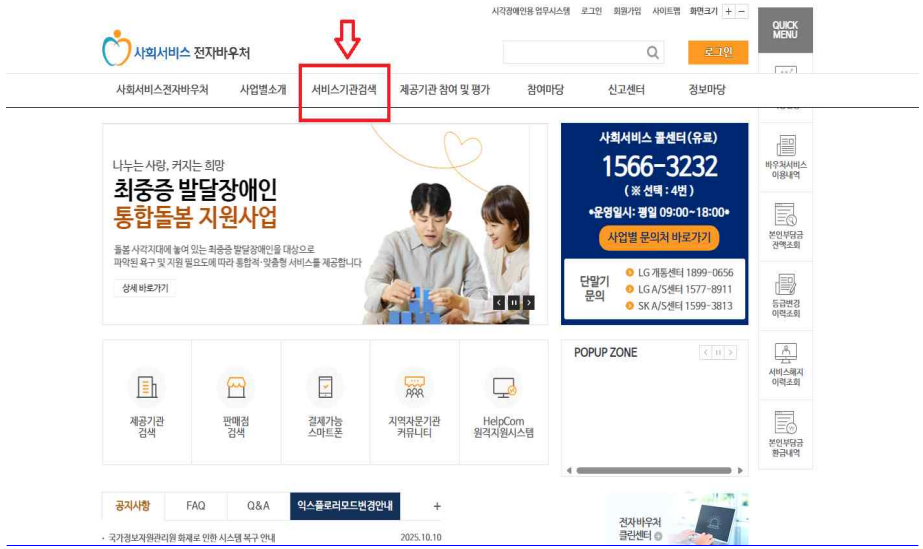
[보건소] (인원: 명, 금액: 천원)

구 분	대상자 유형	2025년		
		예산액	집행액	지원인원
계	계			
	유가족			
	부상자			
의료기관	계			
	유가족			
	부상자			
심리상담 .센 터				

전국민 마음투자지원사업 제공기관 확인방법

1. 사회서비스 전자바우처 접속하기

2. 서비스기관검색 들어가기



3. 지역 선택(시도, 시군), 전국민마음투자지원사업 체크, 조회

< 상세화면 >

※ 제공인력 수, 이용자 수, 서비스 유형 등 현황조회 가능

(주)보듬

대표자명	최순복	담당자명	
연락처	070-4235-8410	담당자 연락처	-
웹사이트	www.보듬.com	담당자 이메일	
기관유형	영리	품질평가	
주소	충청북도 청주시 흥덕구 대신로10번길 5-1, 2층호 (복대동) 우편번호 : 28423		
제공기관 면적(㎡)	158.67 ㎡		
제공기관소개			
서비스 유형	1급유형/2급유형		

참고 가족관계 증명서 관련 교부정보

□ 기재사항

공통 사항		본인의 등록기준지, 성명, 성별, 본, 출생연월일, 주민등록번호특정증명서는 등록기준지, 본 포함여부를 선택할 수 있음
개별 사항	일반	본인과 부모, 배우자, 생존한 현재의 혼인 중의 자녀에 관한 사항
	상세	본인과 부모, 배우자, 모든 자녀에 관한 사항
	특정	본인과 신청인이 선택한 부, 모, 배우자 및 자녀에 관한 사항

□ 교부청구 안내

신청방법	*인터넷발급	무인발급기	방문 (동 사무소)
신청자격1)	본인, 부모, 배우자, 자녀	본인	본인, 배우자, 직계혈족 및 그 대리인
수수료	무료	500원 / 1통	1,000원 / 1통
이용시간2)	365일 24시간	발급기에 따라	평일 09:00~18:00
필요사항	인증서인증서 안내	지문	주민등록증 등 신분증명서

* 전자가족관계등록시스템

□ 자주하는 질문

1	장인(장모, 시아버지, 시어머니)과의 관계증명은?
	배우자의 부모와의 관계 증명이 필요한 경우에는 **배우자의 가족관계증명서를 발급**받으면 배우자의 부모인 장인(또는 장모, 시아버지, 시어머니)과 배우자의 배우자인 '나'가 표시되어 그 관계 입증
2	형제자매 관계 증명은?
	'부' 또는 '모'의 가족관계증명서를 **발급**받으면 부 또는 모 기준의 자녀구성원으로서 '나'와 형제자매가 표시되어 그 관계 입증
3	할아버지(할머니)와의 관계 증명은?
	부'나 '모'의 가족관계증명서를 **발급**받으면 부나 모의 부모인 할아버지(할머니)와 부나 모의 자녀인 '나'가 표시되어 그 관계 입증
4	가족관계증명서에서 내가 원하는 가족만 선택하여 발급받을수 있나요?
	가족관계증명서(특정)을 발급받으시면 됩니다. 상세증명서에 나오는 가족 중 원하는 가족을 선택하여 발급받을 수 있음
5	사망한 배우자나 자녀가 나오지 않는 경우?
	사망자는 가족관계증명서(일반)에는 나오지 않고 **가족관계증명서(상세)에는 나옴**.