

[서식 제1호]

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] <개정 2025.7.4.>

(3쪽 중 1쪽)

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일
(첫만남이용권, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)

신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 전산관리번호)	세대주와의 관계	전화번호
	주소	후대전화 전자우편		

가족 사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 전산관리번호)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)

※ 배우자 관계 (법률혼 사실혼 사실상 이혼)

본인부담금 환급계좌 ¹⁾	지원대상자와의 관계	성명	금융기관명	계좌번호	예금주	비고(사유)
-----------------------------	------------	----	-------	------	-----	--------

계출처	사회보장급여 내용						
읍면동 주민센터	<input type="checkbox"/> 보육료지원 <input type="checkbox"/> 유아학비지원 * 부모급여(보육료) 지원 포함	지원대상자	신청구분				
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비)				
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비)				
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비)				
		* 어린이집(0~2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 어린이집(0~2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다. * 0, 1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다. * 동일보장가구의원의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 다담씨앗계좌(CDA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재					
	<input type="checkbox"/> 가사간병방문지원	지원대상자		신청요건(1개 선택)		서비스시간	
				<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 중증질환자 <input type="checkbox"/> 희귀난치성질환자 <input type="checkbox"/> 소년소녀가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 한부모가정(법정보호세대) <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자		<input type="checkbox"/> 월 24시간 <input type="checkbox"/> 월 27시간	
		<input type="checkbox"/> 장기입원 사례관리 퇴원자				<input type="checkbox"/> 월 40시간	
	<input type="checkbox"/> 장애아동 가족지원	발달장애 서비스	지원대상자	장애유형	<input type="checkbox"/> 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록 (영유아)		
			장애정도	<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 <input type="checkbox"/> 미등록			
필요서비스 (중복 체크가능)		<input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 청능재활 <input type="checkbox"/> 미술심리재활 <input type="checkbox"/> 음악재활 <input type="checkbox"/> 행동재활 <input type="checkbox"/> 놀이심리재활 <input type="checkbox"/> 재활심리 <input type="checkbox"/> 감각발달재활 <input type="checkbox"/> 운동발달재활 <input type="checkbox"/> 심리운동 <input type="checkbox"/> 기타()					
<input type="checkbox"/> 언어발달 지원 (비장애아동)	언어발달 지원	지원대상자	필요서비스 (중복 체크가능)				
		필요서비스	<input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
	장애유형 (부모 또는 조부모)	<input type="checkbox"/> 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애					
<input type="checkbox"/> 발달장애인 지원	발달장애인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타()		
		장애 유형 및 정도	장애유형	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록(영유아)	장애정 도	<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인	
	주간활동 및 방과후 활동 지원	장애 유형 및 정도	장애유형	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애	장애 정도	<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인	
지원유형		<input type="checkbox"/> 주간활동서비스 (<input type="checkbox"/> 기본형 <input type="checkbox"/> 확장형) ※ 확장형 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. <input type="checkbox"/> 방과후활동서비스					

1) 부모급여(차액) 지급계좌로도 활용됩니다. 0,1세 아동의 경우 부모급여(보육료) 자격 신청 시 부모급여(차액)이 지급될 수 있으므로 반드시 계좌정보를 작성해주시기 바랍니다.

[] 지역사회 서비스	지원대상자		서비스명		
	지원대상자		서비스명		
[] 일상돌봄 서비스	지원대상자				
	신청요건 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 돌봄 필요 청년·중장년 <input type="checkbox"/> 가족돌봄청년 <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자			
	지원 유형	서비스 유형 (중복체크 가능)	서비스명		
		<input type="checkbox"/> 기본서비스 <input type="checkbox"/> 특화서비스			
※ 기본서비스 유형별 특화서비스 이용가능 개수 : 1개(A형), 2개(B형), 선택 불가(C형) ※ 기본서비스 미이용시 특화서비스 이용가능 개수: 2개(D형)					
[] 긴급돌봄지원	지원대상자				
	지원 유형 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 기본돌봄 서비스 <input type="checkbox"/> 방문목욕 서비스			
	신청 사유 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 갑작스러운 질병·부상 등으로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 주 돌봄자의 갑작스러운 부재로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 타 돌봄서비스 신청 후 대기 중인 경우 <input type="checkbox"/> 기타 예외적으로 필요한 경우			
[] 여성청소년 생리용품 지원	지원대상자	지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능		
[] 장애인활동지원	지원대상자				
	긴급활동지원	<input type="checkbox"/> 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)			
	활동지원급여	신청유형	<input type="checkbox"/> 신규신청 <input type="checkbox"/> 변경신청 <input type="checkbox"/> 갱신신청 <input type="checkbox"/> 노인장기요양전환자 지원		
		변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 장애상태의 변화 <input type="checkbox"/> 학교생활 <input type="checkbox"/> 직장생활 <input type="checkbox"/> 취약가구		
			<input type="checkbox"/> 독거(1인)가구 (19세 이상) <input type="checkbox"/> 거주지 이전		
<input type="checkbox"/> 나머지 가족의 사회생활 <input type="checkbox"/> 조손가정 (19세 미만)					
<input type="checkbox"/> 한부모가정 (19세 미만) <input type="checkbox"/> 기타					
특별지원급여	<input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 자립준비 <input type="checkbox"/> 보호자일시부재(<input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)				
[] 첫만남이용권	지원대상자	출생정보	<input type="checkbox"/> 국외출생 <input type="checkbox"/> 복수국적	출생순위	<input type="checkbox"/> 첫째아 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상
	지급방식	<input type="checkbox"/> 바우처(원칙) <input type="checkbox"/> 현금(시설보호 아동 등) <input type="checkbox"/> 현금(보호자명의 계좌)			
	카드정보 (국민행복카드)	<input type="checkbox"/> 보호자(카드 보유자)			
		<input type="checkbox"/> BC(은행) <input type="checkbox"/> 삼성 <input type="checkbox"/> 롯데 <input type="checkbox"/> KB국민(은행) <input type="checkbox"/> 신한 ※ 유의사항 - 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC, KB카드를 선택한 경우)를 선택합니다 - 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.			
[] 정신건강 심리상담 바우처사업	지원대상자				
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 1급 유형 <input type="checkbox"/> 2급 유형			
	의뢰경로 (1개 선택)	기관에서 심리상담 필요성 인정	<input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 <input type="checkbox"/> 대학교상담센터 <input type="checkbox"/> 청소년상담복지센터 <input type="checkbox"/> Wee센터/Wee클래스 <input type="checkbox"/> 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관 <input type="checkbox"/> 정신의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 기관		
그 외		<input type="checkbox"/> 국가 건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울 확인 <input type="checkbox"/> 자립준비청년 및 보호연장아동 <input type="checkbox"/> 재난 피해자			
보 건 소 [] 산모신생아 건강관리지원	지원대상자	출산(예정)일	년 월 일		
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 단태아 (<input type="checkbox"/> 첫째아 <input type="checkbox"/> 둘째아 <input type="checkbox"/> 셋째아 이상), <input type="checkbox"/> 쌍태아 / 장애정도가 심한 산모+단태아 (<input type="checkbox"/> 인력1명 <input type="checkbox"/> 인력2명) <input type="checkbox"/> 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍태아 (<input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력3명) <input type="checkbox"/> 사태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+삼태아 이상 (<input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력4명)			
	신청요건	기본 지원대상	<input type="checkbox"/> 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) <input type="checkbox"/> 소득기준 이하		
		예외 지원 대상 (해당자만)	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환 산모 <input type="checkbox"/> 장애인 산모 및 장애 신생아 <input type="checkbox"/> 쌍생아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 셋째아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 새터민 산모 <input type="checkbox"/> 결혼이민 가정 <input type="checkbox"/> 미혼모 산모 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상 출산 산모 <input type="checkbox"/> 분만 취약지 산모 <input type="checkbox"/> 미숙아 출산 산모 <input type="checkbox"/> 기타(소득기준 완화 등)		
	서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타			
보건소·주민센터	지원대상자				
	지원 유형 (중복 체크 가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀 (<input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유 (<input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)		
예외지원대상 (지자체제차 사업)		<input type="checkbox"/> 기저귀 (<input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유 (<input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)			

개인정보 수집 및 활용 동의	확인 (√ 체크)
<p>1. 수집·이용에 관한 사항</p> <p><input type="checkbox"/> 개인정보 활용 목적</p> <p>동 신청서를 접수한 보장기관의 장이「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 활용할 개인정보와 동의의정 범위</p> <p>인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(기초생활보장과 초중고 교육비지원은 본인, 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자 정보, 영유아 및 한부모 가족은 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 노인 및 장애인은 본인 및 배우자 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 파기</p> <p>같은 법 제34조에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익</p> <p>위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 사회보장급여법 제7조제6항에 따라 급여 신청을 각하할 수 있습니다.</p>	[]

유의 사항	확인 (√ 체크)
1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우, 급여 지급 사유가 소멸한 경우 등에는 보장비용을 지급한 보장기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률에서 정한 바에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.	[]
2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 등이 부과될 수 있습니다.	[]
3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법률에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.	[]
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.	[]

추가제출 서류	<ol style="list-style-type: none"> 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함) 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증빙 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함) 건강 진단서(해당자에 한함) 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류 첫만남이용권 지원신청 시 시설입소아동, 보호자가 수형자인 경우, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격확인 가능한 서류 정신건강 심리상담 바우처사업 신청의 경우, 신청요건에 따라 아래의 서류 <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, Wee센터/Wee 클래스 등의 기관에서 심리상담이 필요하다고 인정할 경우 : 기관에서 발급하는 의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급) - 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관을 통해 의뢰된 경우 : 「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 지침」의 별지 제4호 연계의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급) - 정신의료기관 등에서 심리상담이 필요하다고 인정할 경우 : 정신건강의학과 의사, 한방신경정신과 한의사가 발급하는 진단서 또는 소견서(신청일 기준 3개월 이내 발급) - 국가 정신건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울이 확인된 경우 : 일반건강검진 결과통보서(신청일 기준 1년 이내 실시) - 자립준비청년 및 보호연장아동 : 자립준비청년은 보호종료확인서, 보호연장아동은 시설재원증명서 또는 가정위탁보호확인서 일상돌봄 서비스 신청의 경우, ①의사진단서, 소견서, 자립준비청년 보호종료확인서 등 대상자 또는 그 가족의 돌봄 필요성을 증빙할 수 있는 서류, ②돌봄 제공자 부재를 증빙할 수 있는 서류 긴급돌봄 지원사업 신청의 경우, 의사진단서 및 소견서, 입원(퇴원)확인서, 주돌봄자의 사망신고서 등 긴급성을 증빙할 수 있는 서류
------------	--

본인(대리신청인 포함)은 개인정보활용동의와 기타 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인²⁾) 성명 : (서명 또는 인)
 신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

2) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등

[서식 제1-1호]

■ 사업운영 자체 서식

사회서비스이용권(정신건강 심리상담 바우처사업) 발급 신청 위임장

수 임 자	성명 ()	생년월일
	주소	
	위임자와의 관계 의	전화번호 () -

본인은 위 사람에게 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제9조에 따라 사회서비스이용권의 발급 신청에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위 임 자	성명 (서명 또는 인)	생년월일
	주소	전화번호

년 월 일

위임자(본인) :

(서명 또는 인)

업무담당자 확인사항	위임자와 수임자(대리인)의 인적사항을 확인할 수 있는 신분증 또는 서류 ※「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」제34조에 따라 개인정보 보유 및 파기	수수료 없음
---------------	---	-----------

유의사항

거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 사회서비스이용권을 발급받거나 다른 사람으로 하여금 발급받게 한 자 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.

[서식 제1-2호]

■ 사업운영 자체 서식

법정대리인 동의서

신청인 (지원대상자) ※ 미성년자	성명	생년월일
	주소	

내용	<input type="checkbox"/> 「정신건강 심리상담 바우처사업」 신청에 대한 동의
----	--

법정대리인	성명	생년월일
	주소	신청인(지원대상자)과의 관계

본인은 신청인(지원대상자)의 법정대리인으로서 위 내용에 따른 신청에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인

(서명 날인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서

안녕하십니까?

귀하가 00년 00월 00일 신청하신 「정신건강 심리상담 바우처사업」 이용 시 유의사항 및 준수사항에 대해 아래와 같이 알려드립니다.

1. “사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률” 제15조에 따른 이용자 준수사항을 준수하여야 합니다. 동 사항을 위반할 경우 동법 제15조의2에 따라 사회서비스이용권의 사용 제한, 동법 제38조에 따라 1년 이하의 징역 또는 1,000만원 이하의 벌금을 받을 수 있음을 알려드립니다.

[사회서비스 이용 및 이용권에 관한 법률 제15조(이용자 등의 준수사항)]

- ① 누구든지 사회서비스이용권을 정당한 권한이 없는 자에게 판매·대여하거나 그 권리를 이전하여서는 아니 된다.
- ② 이용자는 사회서비스이용권을 사용할 때에 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 금품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.
- ③ 이용자는 제공인력의 인격을 존중하여야 하며, 폭행, 상해, 성적 수치심을 주는 성희롱 또는 성폭력에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
- ④ 이용자는 제공인력에 대하여 제공하기로 한 사회서비스의 범위를 벗어나는 부당한 요구를 하여서는 아니 되며, 제공인력은 이용자의 부당한 요구를 거부할 수 있다.

2. 서비스 유형 변경을 희망하는 경우에는 주민등록상 거주지 보건소를 방문하여 [서식 제1호](사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서)를 작성 및 제출하여야 하며, 바우처 결제 전까지만 변경 신청이 가능합니다(바우처 결제 이후에는 이의신청 및 서비스 유형 변경은 불가합니다).
3. 이용자는 신청한 서비스 유형에 맞추어서 서비스를 이용하여야 합니다.
* (예) 1급 서비스 유형 신청자는 2급 유형 서비스 제공인력에게 서비스를 받을 수 없음
4. 회당 결제 방식에 따라 이용자는 서비스 이용 당일 반드시 바우처 결제수단을 소지하여야 하며, 원칙적으로 바우처 결제수단 미소지자는 서비스를 제공받을 수 없습니다.
5. 본인부담금의 미납 및 2개월간 바우처 결제실적이 없는 경우에는 별도의 조치 없이 해당 서비스의 이용 자격이 상실됩니다.

감사합니다.

20 년 월 일

특별자치시장·도지사·시장·군수·구청장

정신건강 심리상담 바우처사업 신청인(또는 대리인) ()는 위의 사항을 관계 공무원으로부터 안내받았으며 동 사항을 준수할 것을 확인합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인)

(서명 또는 인)

[서식 제3호]

■ 사업운영 자체 서식

사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

발급 대상자	대상자	성명(한글)	주민등록번호	
	대리인	성명(한글)	생년월일	대상자와의 관계
	미성년자 발급동의서	① 징구 ② 미징구 ※ 만 14세 미만 아동은 법정대리인 동의 필요		

신청 구분	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급	재발급사유	<input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타
-------	--	-------	---

카드 수령지	수령인	<input type="checkbox"/> 발급대상자 <input type="checkbox"/> 보호자(가족 등)	대상자와의 관계 : ※ 수령자가 보호자인 경우 기재		
		성명	생년월일	전화번호	-
	수령지	① 자택 ② 직장 ③ 읍·면·동주민센터 ※ 자택, 직장, 읍·면·동주민센터 중 희망 수령지를 체크하고 주소, 전화번호를 기재			
	자택	□□□□□	전화번호	-	
직장	□□□□□	전화번호			

본인 부담금 환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호
	* 작성 대상사업 : 장애인활동지원, 가시간병방문지원		

년 월 일

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의사항

- ▶ 신청대상 : 만 14세 미만 아동, 만 75세 이상 노인, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토달케어, 장애인·노인 돌봄여행

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 사회서비스 전용 국민행복카드가 발급됩니다.
○ 이미 사회서비스 전용 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.

[서식 제4호]

■ 사업운영 자체 서식

사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서

카드발급 신청인 (지원대상자)	성명(한글)			
	주민등록번호			

법정대리인	성명(한글)			
	생년월일		연락처	-

상기 본인(법정대리인)은 카드 발급 신청인을 대리하여 국민행복카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인

(서명 또는 인)

한국사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의사항

- 국민행복카드 발급 신청인이 만 14세 미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.

[서식 제5호]

■ 사업운영 자체 서식

국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ []에는 해당되는 곳에 표를 합니다.

개인정보 제공동의	국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))을 위하여 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는데 동의하십니까? - 제공항목 : 성명, 연락처(자택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명 - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지 [] 동의함 [] 동의하지 않음																																																	
신청카드 (택1)	<table><tr><td><input type="checkbox"/> BC카드</td><td><input type="checkbox"/> IBK기업은행</td><td><input type="checkbox"/> 경남은행</td><td><input type="checkbox"/> iM뱅크</td><td><input type="checkbox"/> 수협은행</td><td><input type="checkbox"/> 제주은행</td><td><input type="checkbox"/> 우체국</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> NH농협은행</td><td><input type="checkbox"/> 광주은행</td><td><input type="checkbox"/> 부산은행</td><td><input type="checkbox"/> 우리은행</td><td><input type="checkbox"/> 하나은행</td><td><input type="checkbox"/> 신한</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> KB국민카드</td><td><input type="checkbox"/> KB국민카드</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 삼성카드</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 롯데카드</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 신한카드</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 현대카드(26..7.1.부터 신청·발급)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> BC카드	<input type="checkbox"/> IBK기업은행	<input type="checkbox"/> 경남은행	<input type="checkbox"/> iM뱅크	<input type="checkbox"/> 수협은행	<input type="checkbox"/> 제주은행	<input type="checkbox"/> 우체국	<input type="checkbox"/> NH농협은행	<input type="checkbox"/> 광주은행	<input type="checkbox"/> 부산은행	<input type="checkbox"/> 우리은행	<input type="checkbox"/> 하나은행	<input type="checkbox"/> 신한		<input type="checkbox"/> KB국민카드	<input type="checkbox"/> KB국민카드						<input type="checkbox"/> 삼성카드							<input type="checkbox"/> 롯데카드							<input type="checkbox"/> 신한카드							<input type="checkbox"/> 현대카드(26..7.1.부터 신청·발급)						
<input type="checkbox"/> BC카드	<input type="checkbox"/> IBK기업은행	<input type="checkbox"/> 경남은행	<input type="checkbox"/> iM뱅크	<input type="checkbox"/> 수협은행	<input type="checkbox"/> 제주은행	<input type="checkbox"/> 우체국																																												
<input type="checkbox"/> NH농협은행	<input type="checkbox"/> 광주은행	<input type="checkbox"/> 부산은행	<input type="checkbox"/> 우리은행	<input type="checkbox"/> 하나은행	<input type="checkbox"/> 신한																																													
<input type="checkbox"/> KB국민카드	<input type="checkbox"/> KB국민카드																																																	
<input type="checkbox"/> 삼성카드																																																		
<input type="checkbox"/> 롯데카드																																																		
<input type="checkbox"/> 신한카드																																																		
<input type="checkbox"/> 현대카드(26..7.1.부터 신청·발급)																																																		

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) :

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장, 국민행복카드 사업자 (BC카드, 삼성카드, 롯데카드, 신한카드, KB국민카드, 현대카드) 대표 귀하

안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만 19세 이상

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 전자이용권(바우처) 사업은 국민행복카드로 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우에는 가까운 국민행복카드 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 카드사별 홈페이지 접속 또는 콜센터에 연락하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 카드사의 신용심사결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌입류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지는 않습니다.