

# 성인병리케어(거판정) 신청

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] <개정 2025.07.04.>

(3쪽 중 1쪽)

## 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

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

|     |    |                               |             |              |
|-----|----|-------------------------------|-------------|--------------|
| 신청인 | 성명 | 주민등록번호<br>(외국인등록번호<br>전산관리번호) | 세대주와의<br>관계 | 전화번호         |
|     | 주소 |                               |             | 휴대전화<br>전자우편 |

|          |             |    |                               |      |                 |     |             |
|----------|-------------|----|-------------------------------|------|-----------------|-----|-------------|
| 가족<br>사항 | 세대주와의<br>관계 | 성명 | 주민등록번호<br>(외국인등록번호<br>전산관리번호) | 동거여부 | 건강상태<br>(장애/질병) | 직장명 | 전화번호 (집/직장) |
|          |             |    |                               |      |                 |     |             |

※ 배우자 관계 (  법률혼  사실혼  사실상 이혼 )

|                             |            |    |       |      |     |        |
|-----------------------------|------------|----|-------|------|-----|--------|
| 본인부담금<br>환급계좌 <sup>1)</sup> | 지원대상자와의 관계 | 성명 | 금융기관명 | 계좌번호 | 예금주 | 비고(사유) |
|-----------------------------|------------|----|-------|------|-----|--------|

| 제출처                         |   | 사회보장급여 내용   |   |  |   |          |  |
|-----------------------------|---|---|---|--|---|----------|--|
| 국민<br>민<br>주<br>민<br>센<br>터 | [ ] 보육료지원<br>• 유아학비지원<br>* 부모급여(보육료)<br>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<br><input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)( <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화 ) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세)<br><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<br><input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)( <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화 ) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세)<br><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<br><input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)( <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화 ) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세)<br><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.<br>* 0, 1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로, 어린이집(0~2세)로 신청하면 됩니다.<br>* 동일보장구원의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 디딤씨앗계좌(CDA) 또는 알뜰방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재 |   |  |   |          |  |
|                             | [ ] 가사간병방문지원                                  | 지원대상자   | 신청요건(1개 선택)   |  |   |          | 서비스시간  |
|                             |   |   | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 중증질환자 <input type="checkbox"/> 화귀난치성질환자 <input type="checkbox"/> 소년소녀가정 <input type="checkbox"/> 월 24시간<br><input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 한부모가정(법정보호세대) <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자 <input type="checkbox"/> 월 27시간<br><input type="checkbox"/> 장기입원 사례관리 퇴원자 <input type="checkbox"/> 월 40시간            |  |   |          |  |
|                             | [ ] 장애아동<br>가족지원                              | 발달장애<br>서비스   | 지원대상자   | 장애유형   | <input type="checkbox"/> 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애<br><input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록 (9세 미만) |          |  |
|                             |   |   | 장애정도  | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 <input type="checkbox"/> 미등록 |   |          |  |
|                             |   | 필요서비스<br>(중복 체크가능)  | <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 청능재활 <input type="checkbox"/> 미술심리재활 <input type="checkbox"/> 음악재활 <input type="checkbox"/> 행동재활<br><input type="checkbox"/> 놀이심리재활 <input type="checkbox"/> 재활심리 <input type="checkbox"/> 감각발달재활 <input type="checkbox"/> 운동발달재활 <input type="checkbox"/> 심리운동<br><input type="checkbox"/> 기타( )  |  |   |          |  |
| 언어발달<br>지원<br>(비장애아동)       | 지원대상자   |   |   |  |   |          |  |
|                             | 필요서비스<br>(중복 체크가능)                            | <input type="checkbox"/> 언어발달진단 <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 기타 ( )   |   |  |   |          |  |
| [ ] 발달장애인<br>지원             | 발달장애인<br>부모 상담<br>지원                          | 지원대상자   | 자녀와의 관계   |  | <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타( )  |          |  |
|                             |   | 장애 유형<br>및 정도   | 장애유형  | <input type="checkbox"/> 지적장애<br><input type="checkbox"/> 자폐성장애<br><input type="checkbox"/> 미등록(영유아)         |   | 장애<br>정도 | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인<br><input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 |
|                             | 주간활동<br>및 방과후<br>활동 지원                        | 장애 유형<br>및 정도   | 장애유형  | <input type="checkbox"/> 지적장애<br><input type="checkbox"/> 자폐성장애  |   | 장애<br>정도 | <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인<br><input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 |
|                             |   | 지원유형  | <input type="checkbox"/> 주간활동서비스 ( <input type="checkbox"/> 기본형 <input type="checkbox"/> 확장형 )<br>* 확장형 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다.<br><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 <b>성인성리지원 (7개월정)</b>   |  |  |
|   | 지원대상자   | [ ] 서비스명  |  |  |
| [ ] 일상돌봄 서비스  | 지원대상자   |   |  |  |
|   | 신청요건<br>(1개 선택)   | <input type="checkbox"/> 돌봄 필요 청년·중장년<br><input type="checkbox"/> 가족돌봄청년<br><input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자   |  |  |
|   | 지원 유형   | 서비스 유형<br>(중복체크 가능)   | 서비스명   |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> 기본서비스  |  |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> 특화서비스  |  |  |
| ※ 기본서비스 유형별 특화서비스 이용가능 개수 : 1개(A형), 2개(B형), 선택 불가(C형)<br>※ 기본서비스 미이용시 특화서비스 이용가능 개수: 2개(D형) |   |   |  |  |
| [ ] 긴급돌봄지원  | 지원대상자   |   |  |  |
|   | 지원 유형<br>(중복체크 가능)  | <input type="checkbox"/> 기본돌봄 서비스<br><input type="checkbox"/> 방문목욕 서비스  |  |  |
|   | 신청 사유<br>(중복체크 가능)  | <input type="checkbox"/> 갑작스러운 질병부상 등으로 필요한 경우<br><input type="checkbox"/> 주 돌봄자의 갑작스러운 부재로 필요한 경우<br><input type="checkbox"/> 타 돌봄서비스 신청 후 대기 중인 경우<br><input type="checkbox"/> 기타 예외적으로 필요한 경우  |  |  |
| [ ] 여성청소년 생리용품 지원   | 지원대상자   | 지원신청  | 청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능   |  |
|   | 지원대상자   |   |  |  |
| [ ] 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<br>(※ 해당하는 항목에 모두 체크)   | <input type="checkbox"/> 장애상태의 변화<br><input type="checkbox"/> 직장생활<br><input type="checkbox"/> 독거(1인)가구 (19세 이상)<br><input type="checkbox"/> 나머지 가족의 사회생활<br><input type="checkbox"/> 한부모가정 (19세 미만)   | <input type="checkbox"/> 학교생활<br><input type="checkbox"/> 취약가구<br><input type="checkbox"/> 거주지 이전<br><input type="checkbox"/> 조손가정 (19세 미만)<br><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)<br>(* 해당하는 항목에 모두 체크) |   |  |  |
| [ ] 첫만남이용권  | 지원대상자   | 출생정보  | <input type="checkbox"/> 국외출생<br><input type="checkbox"/> 복수국적   |  |
|   | 지급방식  | <input type="checkbox"/> 바우치(원칙) <input type="checkbox"/> 현금(시설보호 아동 등) <input type="checkbox"/> 현금(보호자명의 계좌)   |  |  |
|   | 카드정보<br>(국민행복카드)  | <input type="checkbox"/> BC(은행) <input type="checkbox"/> 삼성 <input type="checkbox"/> 롯데 <input type="checkbox"/> KB국민(은행) <input type="checkbox"/> 신한<br>※ 유의사항<br>- 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC, KB카드를 선택한 경우)를 선택합니다<br>- 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.  |  |  |
| [ ] 전국민 마음 투자 지원  | 지원대상자   | <input type="checkbox"/> 1급 유형 <input type="checkbox"/> 2급 유형   |  |  |
|   | 의뢰경로<br>(1개 선택)   | 기관에서 심리상담 필요성 인정<br>그 외   | <input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 <input type="checkbox"/> 대학교상담센터<br><input type="checkbox"/> 청소년상담복지센터 <input type="checkbox"/> Wee센터/Wee클래스<br><input type="checkbox"/> 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관<br><input type="checkbox"/> 정신의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 기관<br><input type="checkbox"/> 국가 건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울 확인<br><input type="checkbox"/> 자립준비청년 및 보호연장아동 <input type="checkbox"/> 재난피해자 |  |
| 보건소<br>[ ] 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),<br><input type="checkbox"/> 쌍태아 / 장애정도가 심한 산모+단태아( <input type="checkbox"/> 인력1명 <input type="checkbox"/> 인력2명)<br><input type="checkbox"/> 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍태아( <input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력3명)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 소득기준 이하  |  |
|   |   | 예외 지원 대상<br>(해당자만)  | <input type="checkbox"/> 회귀난치성질환 산모 <input type="checkbox"/> 장애인 산모 및 장애 신생아<br><input type="checkbox"/> 쌍생아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 셋째아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 새터민 산모<br><input type="checkbox"/> 결혼이민 가정 <input type="checkbox"/> 미혼모 산모 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상 출산 산모<br><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<br>[ ] 저소득층기저귀 교체분유지원  | 지원대상자   |   |  |  |
|   | 지원 유형<br>(중복 체크 가능, 교체분유는 변경신청인 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)<br><input type="checkbox"/> 교체분유( <input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)   |  |
|   | 예외지원대상<br>(지자체제재 사업)  | <input type="checkbox"/> 기저귀( <input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타)<br><input type="checkbox"/> 교체분유( <input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)  |  |  |

개인정보 수집 및 활용 동의

확인 (√ 체크)

1. 수집·이용에 관한 사항

□ 개인정보 활용 목적

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.

□ 활용할 개인정보와 동의요청 범위

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.

[ ]

□ 개인정보 보유 및 파기

같은 법 제34조에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다.

□ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 사회보장급여법 제7조제6항에 따라 급여 신청을 각하할 수 있습니다.

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 소급하여 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

- 1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류
  - \* 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류
- 2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함)
- 3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증빙 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함)
- 4. 건강 진단서(해당자에 한함)
- 5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설임소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류
- 6. 첫만남이용권 지원신청 시 시설임소아동, 보호자가 수형자인 경우, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격 확인이 가능한 서류
- 7. 전국민 마음투자 지원사업 신청의 경우, 신청요건에 따라 아래의 서류
  - 정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, Wee센터/Wee 클래스 등의 기관에서 심리상담이 필요하다고 인정한 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 인정한 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 : 일반 건강검진 결과통보서(신청일 기준 1년 이내 실시)
  - 자립준비청년 및 보호연장아동 : 자립준비청년은 보호종료확인서, 보호연장아동은 시설재원증명서 또는 가정위탁 보호확인서
  - 서비스 신청일로부터 5년 이내의 재난피해를 입은 본인 또는 재난피해로 사망한 자(실종자 포함)의 유가족 : 피해 사실확인서, 피해자인정결정서, 국가재난관리정보시스템을 통한 확인
- 8. 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
- 9. 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 신청인<sup>2)</sup>) 성명 :

신청인과의 관계 :

(대리 신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

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

## 사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서

안녕하십니까?

귀하가 신청하신 지역사회서비스투자사업 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 제38조에 따라 1년 이하의 징역 또는 1,000만원이하의 벌금을 받을 수 있음을 알려드립니다.

### [이용자 준수사항]

1. **사회서비스 이용권(바우처카드, 전자카드 포함)을 정당한 권리가 없는 자에게 판매 대여하거나 그 권리를 이전하여서는 안된다.**  
예시) 가족이나 친구에게 사용하도록 바우처 카드를 넘겨주고 이용하도록 하는 행위
2. **사회서비스이용권을 사용할 때에 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 물품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.**

2. 회당결제 방식(예외 장애인보조기기렌탈서비스)에 따라 이용자는 **서비스 이용 당일 반드시 바우처 카드를 소지하여야 하며**, 원칙적으로 바우처카드 미소지자는 서비스를 제공받을 수 없습니다.
3. **본인부담금의 미납 및 2개월간 바우처 결제실적이 없는 경우 별도의 조치 없이 해당 서비스의 이용 자격이 상실됩니다.**
4. 아울러 제공인력에 대한 폭력, 성폭력 등 부당한 해위를 한 사실이 확인된 경우 해당 서비스 이용자격이 상실되고, 관련법에 따른 민형사상 처벌을 받을 수 있음을 알려드립니다.

감사합니다.

2025 년 월 일

지역사회서비스 투자사업 **신청인(또는 대리인)** ( )는 위의 사항을 관계 공무원으로부터 안내 받았으며 동 사항을 준수할 것을 확인합니다.

2025 년 월 일

**신청인(대리인)** (서명 또는 인)