2026년 화성시 장애인보장구 수리비 지원 사업 안내

○ **지원대상** : 화성시에 6개월 이상 거주해 온 등록 장애인 중 국민기초생활보장수급자, 차상위계층, 가구중위소득 80%이하인 자

▸ **지원기준** : 가구보험료 본인부담금 납입액이 다음의 기준액 이하인 등록 장애인 (**가구소득기준 중위소득 80%이하**)

(단위 : 원)

가구원수	소득기준(원)	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
1인	2,051,000	74,934	18,396	-
2인	3,359,000	121,170	49,863	122,382
3인	4,287,000	156,904	89,039	155,648
4인	5,196,000	187,565	130,472	189,970
5인	6,045,000	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

※ 1인가구 추가 등 변동사항은 향후 道에서 건강보험료 소득판정기준표 시달 시 반영 및 재안내 예정

1) 가구원은 주민등록등본을 기준으로 하되 생계를 같이하는 2촌이내 직계존·비속 및 배우자로 한정

2) 노인장기요양보험료 제외 금액

※ 대상자가 주거를 달리하는 다른 건강보험 직장가입자의 피부양자로 등재되어 있는 경우는 건강보험에 등재된 자를 모두 가구원수에 포함

※ 매월 건강보험료가 변동되는 경우 신청 월 직전 1년간 부과한 건강보험료를 평균하여 산정

○ **지원내용** : 1인당 1년에 300천원 이내(시비), 유지·보수비 지원(횟수 제한 없음)

※ 예산 소진 시 조기 사업 종료

❍ **신청방법**

대상자가 거주지 읍면동에 지원 자격 여부 확인 (유선)

⬇

대상자 또는 수리업체가 보장구 수리 후 거주지 읍면동 방문하여
<붙임1> 신청서, 세금계산서, 통장사본 등 제출

⬇

시에서 신청서류 검토 후 보장구 수리비 지원금 지급

❍ **제출서류** : 장애인보장구 수리비 지원 신청서 1부, 세금계산서, 통장사본 등
※업체 대리 신청 시, 위임장 1부 추가 제출

❍ **문의사항**

주민등록주소지 읍·면·동 행정복지센터 장애인복지 담당자

<붙임1>

장애인 보장구 수리비 지원신청서

○ 신청자 기입란

지원대상자 성명		전화번호	
주민등록번호		보장구분	기초□차상위□80%이하□
		건강보험료	(원)
주 소			
보장구 명		고장 내용	
신청일 :	신청인 :	(인,서명) 생년월일:	관계 :

○ 담당자 확인란

중위소득 80%이하 기준 적합 여부	적합□ 부적합□
화성시 6개월 이상 거주 기준 적합 여부	적합□ 부적합□
연 지원한도(300천원 내) 기준 적합 여부	적합□ 부적합□
작성일 : 작성자(담당공무원): 직 성명 (인)	

○ 보장구 수리 내역

보장구 명		수리 업체	
수리 내역		수리 일자	
지원금 지급 계좌 : □ 지원대상자 계좌		□ 보장구 수리 업체 계좌	

※ 연간 300천원 한도 내에서 지원 가능(횟수 제한 없음)

※ 첨부 서류(수리업체에서 추후 우편배송 가능)

- 수리비 전자세금계산서 원본 1부

☞ 전자세금계산서의 경우 현금영수증 및 카드명세서로 대체 가능하며, 수리내역이 명시 되어있지 않은 경우 구매명세서(일반영수증)도 함께 첨부

- 사업자등록증(업체명의) 1부
- 입금통장사본(대상자명의 또는 업체명의) 1부
- 보장구 사진(보장구 수리 사진) 1부
- 위임장(제3자 및 수리업체가 신청시) 1부

보장구 수리비 지원 신청 위임장

위임자(대상자 장애인)
성명 :
주민번호 :
주소 :
장애유형 및 등급 :

위임사유 :

수임자(대리인)
성명 :
주민번호 :
주소 :
신청인과의 관계 :

상기와 같은 사유로 인하여 위임자 ○○○은 수임자 ○○○ 에게 화성시 장애인 보장구 수리비 지원 신청서 제출을 위임합니다.

2026. . .

위임자 : (인 또는 서명)