



# 청소년 월경통 한방치료비 지원사업



## 지원대상 ※기수혜자 참여 불가능

화성시에 주민등록을 둔 여성 청소년(13~18세)

\* 출생연도(2007.1.1 ~ 2012.12.31)

(1순위) 장애인, 기초생활수급자

(2순위) 기준중위소득 120%이하



## 신청기간

2025. 3. 12. ~ 2025. 3. 26



신청 바로가기

[ 2025년 가구원 가입유형별 기준중위소득 120%이하 판정 기준표]

(단위: 원)

| 가구원수 | 기준중위소득     | 건강보험료 본인부담금(고지금액기준) |         |         |
|------|------------|---------------------|---------|---------|
|      |            | 직장가입자               | 지역가입자   | 혼합가입자   |
| 2인   | 4,720,000  | 168,410             | 105,787 | 170,193 |
| 3인   | 6,031,000  | 215,933             | 151,146 | 219,196 |
| 4인   | 7,318,000  | 261,360             | 208,471 | 266,302 |
| 5인   | 8,530,000  | 302,462             | 260,307 | 311,031 |
| 6인   | 9,678,000  | 354,964             | 320,449 | 369,517 |
| 7인   | 10,787,000 | 386,684             | 357,963 | 407,092 |
| 8인   | 11,895,000 | 431,294             | 411,250 | 461,699 |



## 지원내용

1인당 최대 50만원까지 급여·비급여 한방진료비 지원



## 신청방법

- 방문신청: 관할 보건소 방문
- 온라인 신청: 보조금 24



## 문의처

서부보건소 ☎031-5189-6243 봉담읍 새터길 109  
동탄보건소 ☎031-5189-5131 노작로 226-9  
동부보건소 ☎031-5189-4440 떡전골로 72-3



## 신청서류

- ① 신청서 및 개인정보 제공동의서 1부
- ② 대상자 치료서약서 1부
- ③ 주민등록등본(거주지 확인용) 1부
- ④ 가족관계증명서(보호자가 주민등록상 거주지 다를 경우) 1부
- ⑤ 1순위: 자격증명서(장애인등록증 또는 기초생활보장수급자 증명서) 사본 1부  
2순위: 대상자가 등재된 \*건강보험 자격확인(통보)서 1부,  
\*가입자 건강장기요양보험료 납부확인서 1부

