

한부모자녀 의료비 지원사업안내

- 신청대상 및 기준 : 최저생계비 200%이하 미혼모 가정의 자녀(만12세 이하)

가족원수	최저생계비 200%이하	월별 건강보험료 납부액	
		직장가입자	지역가입자
2인	2,055,000원	62,121원	54,183원
3인	2,658,000원	80,509원	82,656원
4인	3,262,000원	97,586원	108,274원

※ 건강보험료 납부액으로 소득기준 판별

※ 장기요양보험료 미포함금액임

- 신청기간 : 2014.5.19(월) ~ 6.13(금)

※ 6.13일자 우편소인까지 접수 마감

- 신청방법 : 우편접수

- 지원범위 : 치료비 지원(최고 5백만원)

- 제출서류

- ① 한부모 자녀 의료비지원 신청서 1부
- ② 의사소견서(진단명 기재) 1부
- ③ 주민등록등본 1부
- ④ 가족관계증명서(아동 기준) 1부
- ⑤ 건강보험증 사본 1부
- ⑥ 최근3개월 건강보험료 납입영수증 또는 납부확인서 1부
- ⑦ 최근 1년간 지출의료비 영수증
- ⑧ 기초생활수급자 증명서 1부 (※ 해당자에 한함)

※ 제출된 서류는 일체 반환 불가하며, 지원대상자 심사 외에 기타용도로 사용되지 않음

- 제출처 : (우158-808) 서울시 영등포구 버드나루로 14가길 20

인구보건복지협회 아가사랑후원회 담당자앞

- 선정발표 : 2014년 7월 중순

인구보건복지협회 홈페이지(www.ppfk.or.kr) 공고 및 개별통보

※ 신청하더라도 지원대상에 선정되지 않을 수 있음

- 문의전화 : 건강증진과 02-2639-2826