

<b>민원서류</b>
접수번호:
접수일시:
처리기한:
처리과 기록물 등록번호
건강증진과 -

## 임신 사전건강관리 지원(필수 가임력 검사비 지원) 신청서

신청인 정보 ( <input type="checkbox"/> 여성 / <input type="checkbox"/> 남성 )	
성명	주민등록번호(외국인등록번호) -
주소	
연락처(핸드폰)	E-mail
혼인관계 <input type="checkbox"/> 미혼 / <input type="checkbox"/> 법률훈 / <input type="checkbox"/> 사실혼 / <input type="checkbox"/> 예비부부	사업 참여 횟수(지원받은 횟수) <input type="checkbox"/> 최초(0회) / <input type="checkbox"/> 1회 / <input type="checkbox"/> 2회

신청자 대상 설문 *선택사항이나, 사업의 필요성·지속성 평가 및 개선을 위한 기초자료로 사용될 예정이오니 응답을 요청드립니다.	
(1) 혼인	혼인기간 (예: (법률훈, 사실혼) 2년, 5개월, (예정자) 3개월 후 등) ( )
(2) 자녀	현재 자녀 수 (없는 경우 0명) ( )명 추가 자녀 계획 (미정인 경우 0명) ( )명
(3) 인지경로	<input type="checkbox"/> 언론보도 <input type="checkbox"/> 인터넷(블로그, 카페 등) <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 보건소, 의료기관 등 <input type="checkbox"/> 지인 권유 <input type="checkbox"/> 기타( )

임신 사전건강관리 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년      월      일  
신청인 (서명 또는 인)

### 수영구 보건소장 귀하

구분	제출서류	
	신청	내국인
	외국인	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 임신 사전건강관리 지원 신청서(공통)</li> <li>○ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(공통)</li> <li>○ 신청일 기준 외국인등록사실증명 또는 국내거소신고사실증명(또는 행정정보 공동이용 사전동의서)</li> <li>○ 내국인 배우자의 주민등록등본(또는 배우자의 행정정보 공동이용 사전동의서)</li> <li>○ (내국인 배우자 주민등록등본상 혼인관계가 확인되지 않는 경우) 혼인관계증명서 또는 청첩장 등 혼인 증빙서류</li> </ul>
청구		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서</li> <li>○ 외래 진료비 계산서·영수증</li> <li>○ 진료비 세부산정내역(세부내역서)</li> <li>○ 본인 명의의 통장사본</li> </ul>

- ※ 유의 사항 : 1) 허위 기재, 중복 지원, 급여 검사, 참여 의료기관 외 기관에서 검사 등의 경우 지급 제한(불가) 혹은 환수될 수 있습니다.  
2) 사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원이 불가합니다. 당월 1일 기준 명단을 확인하여 주시기를 바랍니다.
- ※ 결정 기간 : 신청일로부터 5일 이내  
\* 「민원 처리에 관한 법률」 제19조 제1항에 따라 공휴일과 토요일 불산입, 1일은 8시간 기준
- ※ 검사 기간 및 청구 기한 : 신청일로부터 3개월 이내 검사, 검사일로부터 1개월 이내 청구

결 재	담당자	담당	과장	소장
			전결	





# 행정정보 공동이용 사전동의서(외국인 신청자용)

1. 이용기관 명칭 : 시군구(보건소)

2. 이용사무(이용목적) : 임신 사전건강관리 지원(거주지·혼인관계 등 대상자 정보 확인)

3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명
1	외국인등록사실증명
2	국내거소사실증명

※ 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법」 시행령 제19조에 따라 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우 기재하여 주십시오.(필요시 기재사항)

( 주민등록 여권 외국인등록 운전면허) 번호 :

4. 정보주체(본인) 동의사항

○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일

대상자 본인

성 명 :

(서명 또는 인)

생년월일 :

전화번호 :



# 임신 사전건강관리 지원 검사비 청구서

청구인 정보 ( 여성 / 남성 ) [ 일련번호 : ]

성명	연락처(핸드폰)	E-mail
----	----------	--------

주민등록번호(외국인등록번호)	계좌번호 ( 은행 ) * 본인 명의
-----------------	---------------------

검사의뢰서 발급 보건소	검사의뢰서 발급일
	년 월 일

검사의료기관명 *사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원 불가	검사일
	년 월 일

검사항목	구비서류	검사비용 총액
<input type="checkbox"/> 여성 가임력 검사 (난소기능(AMH), 부인과 초음파)  <input type="checkbox"/> 남성 가임력 검사 (정액검사(정자정밀형태검사))	<input type="checkbox"/> 진료비 영수증  <input type="checkbox"/> 세부내역서  <input type="checkbox"/> 통장사본	원  <small>*세부내역서 참고하여 검사료와 진찰료 합계를 작성 *총액이 지원금액(여성 13만원, 남성 5만원) 초과 시 지원금액 한도로 지원</small>

**참여자 대상 의견조회** \*신규 사업의 개선 및 발전을 위해 성실한 응답을 부탁드립니다.

(1) 접근성	검사 기관까지 이동 시간(거주지, 직장 등 출발) (분) 거주지 주변 외 타 지역 이용 시, 이용원인(선택) <input type="checkbox"/> 유명 병원이라서 <input type="checkbox"/> 주변에 사업 참여 의료기관 부재 <input type="checkbox"/> 직장, 지인 거주지 근처 의료기관 방문 <input type="checkbox"/> 기타( )	
(2) 검사	시설 만족도(청결, 편의 등) <input type="checkbox"/> 매우 불만족 <input type="checkbox"/> 다소 불만족 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 다소 만족 <input type="checkbox"/> 매우 만족  추가 실시한 검사: <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 성매개감염병검사 <input type="checkbox"/> 풍진항체검사 <input type="checkbox"/> 소변검사 <input type="checkbox"/> 기타( )	이용 만족도(사전, 사후 안내 등) <input type="checkbox"/> 매우 불만족 <input type="checkbox"/> 다소 불만족 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 다소 만족 <input type="checkbox"/> 매우 만족
	지원횟수 적절성 <input type="checkbox"/> 적절 <input type="checkbox"/> 부적절(의견: )	지원금액 적절성(13만원, 5만원) <input type="checkbox"/> 적절 <input type="checkbox"/> 부적절(의견: )
(3) 사업	기타 의견:	

임신 사전건강관리 지원 검사비를 위와 같이 청구합니다.

년 월 일  
청구인 (서명 또는 인)

**수영구 보건소장** 귀하

첨부서류	① 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서 ② 외래 진료비 계산서·영수증 진료비 세부산정내역(세부내역서) 각 1부 ③ 본인 명의의 통장사본
------	--

- ※ 유의 사항 : 1) 허위 기재, 중복 지원, 급여 검사, 참여 의료기관 외 기관에서 검사 등의 경우 지급 제한 혹은 환수될 수 있습니다.  
 2) 사업 참여 의료기관 외 기관에서 검사 시 지원이 불가합니다.  
 ※ 청구 기한 : 검사일로부터 1개월 이내 청구  
 ※ 지급 기한 : 청구일로부터 3개월 이내 지급  
 \* ①지급 불가 결정 또는 ②예산 부족 등으로 행정 처리 지연이 불가피한 경우 지급 기한 내 사유 고지

접수	건강증진과 -  (2026 . . . : )
----	--------------------------------

결재	담당자	담당	과장	소장
			전결	