

2023년 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 안내

1 사업개요

- (지원인원) 470명 내외
- (지원대상) 만 19세~만 35세의 국민기초생활보장수급자 또는 차상위 계층으로, 장애인복지법 제32조에 따른 장애의 정도가 심한 장애인
 - 보험가입일(2023. 6. 15.) 기준 가입 가능 연령
 - ⇒ 1987. 6. 16. ~ 2004. 6. 15. 출생자
 - ※ 제외대상 : 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 기가입자
 - ※ 지원대상자로 선정되어도, 청약심사 과정에서 가입한도액(3,000만원) 초과, 뇌종양, 감염보균자, 당뇨 등 기타사유 등으로 가입이 거절될 수 있음
- (지원내용) 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 무료가입 지원
 - (보험가입금액) 1,000만원 / (보험기간) 20년 / (납입주기) 일시납
 - ※ 중도해지 및 환급금 대출 불가
 - 보장내용

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암진단 보험금	암보장개시일 이후에 최초로 암 진단 확정 시(최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년 미만	500만원
		보험계약일부터 1년 이상	1,000만원
	보험기간 중 최초로 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정 시(각각 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년 미만	150만원
		보험계약일부터 1년 이상	300만원
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 생존 시	이미 납입한 보험료의 30%	

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 암진단보험금 지급사유가 발생(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양 제외)하였거나 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 피보험자 나이가 15세 미만인 경우 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]로 합니다.

4. 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양은 약관의 분류표를 참조하시기 바랍니다.
5. 암보장개시일 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 제외)으로 진단 확정된 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

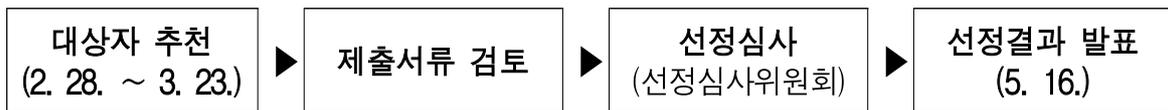
○ **선정자 보험 가입방법**

- 대상자를 추천한 기관으로 우체국 담당자가 방문하여 가입
- 개별신청자의 경우 우체국 방문가입을 원칙으로 함
 - ※ 우체국 방문이 불가능한 경우 우체국 담당자가 대상자의 거주지로 방문하여 가입

○ **계약자, 피보험자 및 보험수익자에 관한 사항**

- 계약자 : 과학기술정보통신부장관
- 피보험자 : 보험 가입대상자로 선정되어 가입 완료한 장애인
- 보험수익자(암진단보험금/만기보험금) : 피보험자

□ **(선정절차)**



2 신청기간 및 신청방법

- **(신청기간)** 2023. 2. 28.(화) ~ 3. 23.(목) (※ 3. 23. 소인분까지 접수)
- **(신청방법)** ① 또는 ②의 방법으로 추천서 작성하여 우체국공익재단으로 등기우편 발송(※ 분실 위험이 있으므로 등기우편 발송)
 - ① 장애인복지시설 또는 단체를 통한 신청
 - ② 신청자가 직접 지자체 등의 추천을 통한 개별신청
- **(제출서류)** 필수 제출(①~④) + 선택 제출(⑤, 해당자)
 - ① 대상자 추천서(※ 추천기관별 담당자 1인 지정 필수)<서식 1>
 - ② 장애인 증명서 또는 장애인등록증(복지카드) 사본 앞/뒤
 - ③ 수급자증명서 또는 차상위계층 확인서
 - ④ 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서(대상자용/담당자용)<서식 2~3>

우체국공익재단

- ⑤ (해당자) 가구유형(한부모가족, 조손가족, 독거가구, 다문화가족, 탈북민 가족 또는 거주시설 입소 증빙서류

□ (제출처) 우체국공익재단

- 주소 : (우) 03166, 서울시 종로구 송월1길 73-10(사직동 304-1)
- 문의 : 사업기획국 사업운영부 안연수 선임(02-725-3855)

3 선정방법 및 결과 발표

- (선정방법) 우체국공익재단 선정심사위원회를 통해 지원대상 선정

- (결과 발표) 우체국공익재단 홈페이지 공지

- 발표일자 : 2023. 5. 16.(화) 예정
- 홈페이지 : www.kopf.or.kr - 재단공지 - 공지사항
- 선정결과 발표시 추천기관 협조사항 및 가입자 안내사항 공지 예정

4 기타 신청시 유의사항

- 일반사항

- 제출된 서류는 일체 반환하지 않음
- 증빙서류는 2023년 1월 1일부터 발급된 서류만 인정함
- 주민등록번호 뒷부분 6자리는 반드시 숨김처리 후 제출
: (예시) 900101-1***** (생년월일 및 성별 확인 가능)
- 잘못된 서류의 제출 및 미제출, 서류 식별이 불가능한 경우 등 심사에서 제외될 수 있음

- 추천기관 유의사항(※ 상세내용 '참고2')

- 장애인복지시설 또는 단체에서는 대상자 추천시 반드시 업무지원 담당자 1인을 지정하고, 가입대상자의 보험가입을 위해 필요한 제반사항을 지원해야 함

< 추천기관 업무지원 담당자 역할 >

- 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 추천 및 선정결과 확인(재단 홈페이지)
- 보험가입 대상자에 선정 안내, 보험가입을 위한 우체국의 추천기관 방문일정 조율
- 보험가입시 기관 내 가입장소 확보, 보험가입 대상자 시설 집결
- 보험가입 시 필요한 서류 제출(업무지원 담당자 → 우체국 보험가입 담당자)
- 기타 보험가입 관련 우체국에서 요청하는 업무 지원

○ 대상자 추천 전 확인사항

- 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 기가입자 가입 불가

※ 보험가입여부는 본인확인 후 확인 가능

- 우체국 금융 고객센터 : 1599-0100(발신자 부담)
- 우체국예금보험 홈페이지(www.epostbank.go.kr) - 보험간편서비스
- 우체국보험 모바일 앱 : 로그인-전체메뉴-나의계약관리-계약조회-계약사항조회

- 보험가입 시 진행되는 절차(보험가입에 대한 의사 확인, 약관 설명, 청약서 작성 등)가 불가할 경우 보험가입이 어려울 수 있으며, 피보험자 본인이 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효처리될 수 있음

- 보험가입 시, 건강상태 등과 관련하여 ‘계약 전 고지의무’가 있음

<신청서식 및 참고>

서식 1. 대상자 추천서

2. (대상자용) 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
3. (담당자용) 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
4. 우편발송 표지

참고 1. QnA

2. 추천서 작성시 유의사항
3. 증빙서류 안내

<서식 1>

저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 추천서

접수번호

1. 추천기관 사항

담당자* 인적 사항	기관명	성명/직위
	직통전화번호	휴대전화번호
	기관 주소	* 개별신청자를 제외하고는 추천기관에서 보험가입 진행예정

* 기관별 1인을 지정하여 보험가입 관련 업무지원(우체국 연락 및 일정조율, 가입대상자 관리 등)(※ 단, 개별신청자 제외)

2. 일반 사항

인적 사항	성명	생년월일	성별
	연락처	비상연락처	
	주소		
	장애 정도	<input type="checkbox"/> 주장애(장애유형 : 장애정도 : 심한/심하지않은) <input type="checkbox"/> 부장애(장애유형 : 장애정도 : 심한/심하지않은)	
소득 수준 (생활유형)	<input type="checkbox"/> 국민기초생활수급자 (<input type="checkbox"/> 생계급여 <input type="checkbox"/> 의료급여 <input type="checkbox"/> 주거급여 <input type="checkbox"/> 교육급여 <input type="checkbox"/> 보장시설) <input type="checkbox"/> 차상위계층 대상자		
	Q. 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업을 어떤 경로를 통해 알게 되었습니까? <input type="checkbox"/> 한국장애인복지관협회 <input type="checkbox"/> 한국장애인복지시설협회 <input type="checkbox"/> 한국장애인주간보호시설협회 <input type="checkbox"/> 한국교통안전공단 <input type="checkbox"/> 한국장애인단체총연맹 <input type="checkbox"/> 한국장애인직업재활시설협회 <input type="checkbox"/> 한국지체장애인협회 <input type="checkbox"/> 기타 경로()		

3. 추가 사항(※ 해당사항이 있는 경우, 체크 후 제출서류 필수 첨부)

가구 유형 (중복체크 가능)	<input type="checkbox"/> 해당 없음	<input type="checkbox"/> 한부모 가족	<input type="checkbox"/> 조손 가족
	<input type="checkbox"/> 독거 가구	<input type="checkbox"/> 다문화 가족	<input type="checkbox"/> 탈북민 가족
거주시설 입소 여부	<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 해당(시설명 :)		

위 내용에 이상이 없으며, 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업에 추천합니다.

2023년 월 일 신청자 또는 법정대리인 : (서명 또는 인)

4. 증빙서류 제출 여부

필수 제출서류	<input type="checkbox"/> 수급자 증명서 또는 차상위계층 확인서 <input type="checkbox"/> 장애인 증명서* 또는 장애인등록증(복지카드) 사본(앞/뒤) * 주장애 및 부장애 모두 있는 경우에는 장애인 증명서 제출 필수 <input type="checkbox"/> 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서	
선택 제출서류	한부모(가정)	<input type="checkbox"/> 한부모가족 증명서
	조손(가정), 독거(가구)	<input type="checkbox"/> 주민등록등본
	다문화(가정)	<input type="checkbox"/> 가족관계증명서(상세) 및 외국인등록증 사본
	탈북민(가정)	<input type="checkbox"/> 가족관계증명서(상세) 및 북한이탈주민등록확인서 * 본인이 북한탈북민인 경우 가족관계증명서 생략 가능
	거주시설 입소자	<input type="checkbox"/> 입소사실 확인서

위 대상자를 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업에 추천합니다.

2023년 월 일 추천인: (서명 또는 인)

(대상자용) 저소득 장애인 우체국 암보험 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

우체국공익재단은 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 운영을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

1. 개인정보 수집·이용에 관한 사항	
수집·이용 목적	저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 선정 및 관리, 보험가입 지원, 사업통계 및 연구, 자료집 발간, 만족도 조사, 민원처리
수집·이용 항목	소속기관, 성명, 생년월일, 성별, 연락처, 비상연락처, 주소, 장애 정도, 소득 수준, 가구 유형, 거주시설 입소여부 등 추천서 기재사항 일체
보유·이용 기간	2023년 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 선정시까지 단, 선정된 대상자는 보험 기간까지 보유·이용
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 대상자 선정심사를 할 수 없어 선정에 제한을 받을 수 있습니다.
수집·이용 동의 여부	위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의
민감정보 수집·이용 동의 여부	위와 같이 민감정보(장애 정보)를 수집·이용하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의

2. 개인정보 제3자 제공에 관한 사항	
제공받는 기관	우정사업본부
제공 목적	무배당 어깨동무 보험(2종-암보장형) 기가입 여부 확인 및 보험가입, 만족도 조사, 민원처리
제공 항목	소속기관, 성명, 생년월일, 성별, 연락처, 비상연락처, 주소, 장애 정도, 거주시설 입소여부 등 추천서 기재사항 일체
보유·이용 기간	2023년 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 선정시까지 단, 선정된 대상자는 보험 기간까지 보유·이용
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 대상자 선정심사를 할 수 없어 선정에 제한을 받을 수 있습니다.
제공 동의 여부	위와 같이 개인정보를 제공하는 것에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의
민감정보 제공 동의 여부	위와 같이 민감정보(장애정보)를 제공하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의

2023년 월 일

신청자 또는 법정대리인 : (서명 또는 인)

법정대리인의 경우 대상자와의 관계 :

우체국공익재단 귀중

<서식 4>

보내는 사람

받는 사람

서울시 종로구 송월1길 73-10(사직동 304-1)

우체국공익재단

사업기획국 사업운영부

저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 담당자 앞

0 3 1 6 6

참고 1 QnA

Q1. 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업은 무엇인가요?

'저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업' 경제적 어려움 등으로 암보험에 가입하지 못한 장애인을 대상으로 우체국 보험인 '무배당 어깨동무보험(2종-암보장형)'을 무료로 지원하는 우체국의 공익사업입니다.

Q2. 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업의 지원 기준은 어떻게 되나요?

보험가입일(매년 변동) 기준, 만 19세 ~ 만 35세의 국민기초생활수급권자 또는 차상위 계층이면서 장애의 정도가 심한 장애인입니다.

Q3. 해당 보험을 가입하고자 하는 장애인이 직접 신청 가능한가요?

저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업은 장애인복지시설 또는 단체 등의 추천을 통해 신청할 수 있습니다. 만약, 이용중인 단체나 기관이 없는 경우에는 주민센터 등의 지자체를 방문하여 추천을 받아서 우편으로 제출하시면 됩니다.

Q4. 대상자로 선정되면 자동적으로 보험에 가입되는 건가요?

개인에 따라 보험가입이 불가할 수 있습니다.
지원 대상자로 선정되면 각 지역의 우체국을 통해 보험가입이 진행되는데, 청약심사 과정에서 가입이 거절(가입한도액 3,000만원 초과, 뇌종양, 감염보균자, 당뇨 등의 질병, 기타사유 등)될 수 있습니다.

Q5. 보험 가입 후 받게 되는 지원내용이 궁금합니다.

우체국 보험인 「무배당 어깨동무보험(2종-암보장형)」으로, 암 진단 확정시 암진단보험금과 만기보험금을 보험가입금액 1,000만원, 보험기간 20년 내에서 지원받을 수 있습니다. 자세한 내용은 "우체국보험 홈페이지(www.epostbank.go.kr)-보험-보험상품-장애인전용보험-무배당 어깨동무보험"에서 확인이 가능합니다.
단, 본 중도해지 및 환급금 대출이 불가하니 참고해주세요.

Q6. 암진단보험금 또는 만기보험금으로 인해 수급자격 변동이 되는지 궁금합니다.

보험금 수령으로 인한 수급자격 변동은 가입을 희망하는 분께서 확인하셔야 합니다. 무배당 어깨동무보험의 암진단보험금은 150만원에서 최대 1,000만원 이며, 만기까지 생존시의 보험금은 '23년도 가입금액(482,100원~1,360,100원)의 30%입니다.

참고 2 추천서 작성시 유의사항

□ 추천기관 유의사항

- 장애인복지시설 또는 단체에서 대상자 추천시 반드시 업무지원 담당자 1인을 지정하고, 가입대상자의 보험가입을 위해 필요한 제반사항을 지원해야 함

< 업무지원 담당자 역할 >

- 저소득 장애인 우체국 암보험 지원사업 대상자 추천 및 선정결과 확인(재단 홈페이지)
- 보험가입 대상자에 선정 안내, 보험가입을 위한 우체국의 추천기관 방문일정 조율
- 보험가입시 기관 내 가입장소 확보, 보험가입 대상자 시설 집결
- 보험가입 시 필요한 서류 제출(업무지원 담당자 → 우체국 보험가입 담당자)
- 기타 보험가입 관련 우체국에서 요청하는 업무 지원

○ 보험가입방법

- 보험가입은 대상자 추천기관에서 진행
- 단, 개인신청자(지자체 추천)는 우체국 방문을 통한 보험가입을 원칙으로 하되, 부득이한 경우 보험가입 대상자의 거주지로 우체국 담당자 방문 후 보험가입 진행

○ 대상자 사전 확인사항

- 중도해지(보험기간: 20년) 및 환급금 대출 불가
- 보험가입 시 진행되는 절차(보험가입에 대한 의사 확인, 약관 설명, 청약서 작성 등)가 불가할 경우 보험가입이 어려울 수 있으며, 피보험자 본인이 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효처리 될 수 있음
 - ※ 성년후견제도에 따라 후견인이 지정되어 있는 경우, 반드시 후견인의 동의 필요
- 무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 기가입자 가입 불가
 - ※ 보험가입여부는 본인확인 후 확인 가능
 - 우체국 금융 고객센터 : 1599-0100(발신자 부담)
 - 우체국예금보험 홈페이지(www.epostbank.go.kr) - 보험간편서비스
 - 우체국보험 모바일 앱 : 로그인 - 전체메뉴 - 나의계약관리 - 계약조회 - 계약사항조회
- 보험가입 시, 건강상태 등과 관련하여 '계약 전 고지의무'가 있으며, 가입한도액 (3,000만원) 초과, 뇌종양, 간염보균자, 당뇨 등 기타사유로 청약거절이 될 수 있음

□ 증빙서류 제출시 유의사항

- 모든 증빙서류는 2023년 1월 1일 발급분부터 인정
- 모든 증빙서류는 추천대상자 기준으로 제출
 - 단, 가족관계증명서는 본인 또는 부모 기준으로 제출 가능
- 제출서류의 주민등록번호 뒷부분 6자리는 반드시 숨김처리 후 제출
 - ⇒ (예시) 900101-1***** (생년월일 및 성별 확인 가능)

- 두 가지 이상의 장애를 가진 경우, 장애인 증명서 필수 제출
 - ※ 추천서에 주장애와 부장애를 체크하고, 장애인등록증(복지카드) 사본만 제출시 확인가능한 장애만 인정
- 장애인등록증(복지카드) 사본은 앞/뒤 모두 나와있어야 함
 - ※ 유효기간 만료, 앞 또는 뒤 한쪽만 제출시 심사가 제외될 수 있음
- 필수 제출서류 및 선택 제출서류는 원본 제출을 원칙으로 하되, 불가시 복사본에 추천 담당자 확인 서명을 날인하여 제출

□ 선정된 대상자에게 반드시 전달되어야 할 사항

- 지원대상자로 선정되어도 청약심사 과정에서 가입이 거절될 수 있음
- 청약심사 후 이상없이 보험가입이 완료된다면 20년 동안 보험혜택을 받을 수 있으므로, 지급사유 발생시 우체국에 지급 청구(※ 암보장개시일 이후에 효력 발생)

□ 추천서 작성요령

1. 추천기관 사항

- 기관명 : 사회복지시설 또는 단체명, 지자체명(개별신청자)
- 성명/직위/전화번호(추천기관별 1인 지정) : 기관 또는 시설 등에서 추천한 대상자가 선정되어 보험가입시 필요한 제반 사항을 지원할 담당자 정보
- 기관주소 : 실제 보험가입 절차를 진행할 추천기관의 주소 작성
 - ※ 개별신청자는 '기관주소' 미작성

2. 일반 사항

- 생년월일 : 보험료 산정 및 보험가입시 필요사항으로 주민등록등본에 기재된 일자로 작성(앞에서 7자리)
- 비상연락처 : 부모/형제/자매 등 보험가입 시 지원이 가능한 사람의 연락처 작성
- 주소 : 추천 대상자가 거주하고 있는 거주지 주소 작성
- 장애 정도 : 주장애 및 부장애(해당자) 체크 후 장애유형 및 장애정도 작성

3. 추가사항

- 가구유형/거주시설 입소 여부 : 해당 없음 또는 해당사항 체크

4. 증빙서류 제출 여부

- 필수 제출서류 : 해당서류 증빙 후 체크
 - ※ 해당 서류 미제출, 내용확인이 불가한 경우 심사에서 제외될 수 있음
- 선택 제출서류 : '추가사항'에 체크한 사항에 대한 관련 서류 증빙 후 체크
 - ※ 해당 서류 미제출, 내용확인 불가시 체크내용 해당 없음 처리

참고 3 증빙서류 안내(※ 모든 서류는 2023. 1. 1. 발급분부터 인정)

1. 필수 제출 서류 목록

구분		증빙서류	발급처
장애인		장애인 증명서 또는 장애인등록증(복지카드) 사본(앞/뒤) ※ 주장애 및 부장애가 있는 경우 장애인 증명서 제출	주민센터, 복지로
소득 수준 (택1)	국민기초생활 보장수급자	수급자 증명서	주민센터, 정부24
	차상위계층	차상위계층 확인서, 자활근로자 확인서, 장애인연금(기초/차상위)·장애수당수급자 확인서 차상위 본인부담경감대상자 증명서	주민센터, 복지로 국민건강보험공단

2. 선택 제출 서류 목록(※ 해당자에 한함)

구분		증빙서류	발급처
가구 유형	한부모가족	한부모가족증명서	주민센터, 정부24
	조손가족	주민등록등본	주민센터, 정부24
	독거가족	주민등록등본	주민센터, 정부24
	다문화가족	가족관계증명서(상세) 및 외국인등록증 사본	주민센터, 정부24
	탈북민가족	북한이탈주민등록확인서 및 가족관계증명서(상세) * 본인이 북한이탈주민인 경우 가족관계증명서 생략가능	주민센터, 정부24, 하나포털
거주시설 입소여부	거주시설 입소자	입소사실확인서 * 거주시설 입소자는 독거가구 미인정	해당 거주 시설

※ 각 증빙서류는 주민센터 방문 또는 정부24(www.gov.kr), 복지로(www.bokjiro.go.kr),
대법원 전자가족관계등록시스템(efamily.scourt.go.kr) 홈페이지에서 발급 가능

3. 증빙서류 양식

- 장애인증명서(※ 장애인복지법 시행규칙 [별지 제9호 서식])

제 호			
장애인증명서			
장애인	성명	주민등록번호(외국인등록번호 또는 국내거소신고번호)	
	영문명		
	주소	사진 3.5cm × 4.5cm	
	보호자(필요시 기재)		
주장애 및 장애 정도		부장애 및 장애 정도	
등록번호		최초·재취득 등록일자	
종합 장애 정도			
제출처 및 용도			
위 사람은 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인임을 증명합니다.			
년 월 일			

- 장애인등록증

<h4>장애인등록증</h4> 	<h4>장애인통합복지카드(A형)</h4> <p>장애인등록증 + 장애인 고속도로 통행료 할인기능</p> 
<h4>장애인복지카드</h4> <p>장애인등록증 + 신용카드 또는 직불카드 기능</p> 	<h4>장애인통합복지카드(B형)</h4> <p>장애인등록증 + 신용카드 또는 직불카드 기능 + 장애인 고속도로 통행료 할인기능</p> 

- 수급자 증명서(* 국민기초생활보장법 시행규칙 [별지 제3호의2])

제 호	수급자 증명서
1. 성명:	(생년월일:)
2. 세대주 성명(시설명):	(세대주와의 관계:)
3. 주소(소재지):	
4. 수급자 구분:	<input type="checkbox"/> 생계급여 일반수급자 <input type="checkbox"/> 생계급여 조건부 수급자 <input type="checkbox"/> 의료급여 수급자 <input type="checkbox"/> 주거급여 수급자 <input type="checkbox"/> 교육급여 수급자 <input type="checkbox"/> 보장시설 수급자
5. 제출용도:	(용 도) (제출처)
「국민기초생활 보장법 시행규칙」 제40조에 따라 위와 같이 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자임을 증명합니다.	

- 차상위계층 확인서(* 국민기초생활 보장법 시행규칙 [별지 제7호 서식])

차상위계층 확인서			처리기간
			즉시
성명 (대상자)		생년월일	
주소 (소재지)			
세대주 성명		세대주와의 관계	
용 도			
제 출 처			
<p>「국민기초생활 보장법」 제2조, 같은 법 시행령 제3조 및 같은 법 시행규칙 제38조제4항에 따른 차상위계층임을 확인하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인 (서명 또는 인) (대상자와의 관계 :)</p>			

- 자활근로자 확인서

[자활서식 23호] 자활근로자 확인서

자 활 근 로 자 확 인 서			처리기간
			즉 시
성 명		주민등록번호 앞7자리 (외국인등록번호)	000000-0
주 소 (소재지)			
세대주성명 (시설명)		세대주와의 관계	
참여구분	(생계의료·주가교육) 수급자 / 차상위 자활 / 기타()		
사업내용			
용 도			
제 출 처			
<p>「국민기초생활보장법」 시행령 제20조에 따른 자활근로자임을 확인하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인 (서명 또는 인)</p>			

- 장애인연금·장애수당 수급자 확인서(※ 장애인연금의 차상위초과부가급여는 해당되지 않음)

(서식 23호)

장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 수급자 확인서			처리기간
			즉시
성 명		생년월일 (외국인등록번호)	
주 소 (소재지)			
세대주성명 (시설명)		세대주와의 관계	
용 도			
제 출 처			
수급자 구분	<input type="checkbox"/> 장애인연금(<input type="checkbox"/> 기초부가급여 <input type="checkbox"/> 차상위부가급여 <input type="checkbox"/> 차상위초과부가급여) <input type="checkbox"/> 장애수당(<input type="checkbox"/> 기초 <input type="checkbox"/> 차상위) <input type="checkbox"/> 장애아동수당(<input type="checkbox"/> 기초 <input type="checkbox"/> 차상위 / <input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증) ※ 기초 : 생계 또는 의료급여 수급자 ※ 차상위 : 주거 또는 교육급여 수급자(생계 또는 의료급여 미수급자), 차상위계층 ※ 차상위초과 : 기초 또는 차상위에 해당되지 아니한 자		
<p>「장애인연금법」, 「장애인복지법」 제49조 및 같은 법 제50조제1항에 따른 장애인연금, 장애수당 및 장애아동수당 수급자임을 증명하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p>			

※ 지원사업 대상자 기준연령이(만 19세~만35세)에 따라 장애아동수당은 해당되지 않음

- 차상위 본인부담경감대상자 증명서

[서식 6호] 차상위 본인부담경감대상자 증명서

차상위 본인부담경감대상자 증명서			
대상자	성명		주민등록번호
	증번호		발급번호
차 상 위 경 감 대 상 자 확 인 내 역 서			
연번	자격취득일	자격상실일	경감유형
1			
2			
3			
4			
5			
<p>차상위 본인부담경감 대상자임을 증명하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인 : (서명 또는 인)</p> <p>국민건강보험공단 이사장 귀하</p>			

- (선택) 한부모가족 증명서(※ 한부모가족지원법 시행규칙[별지 제2호 서식])

<p>제 호</p> <h2 style="text-align: center;">한부모가족증명서</h2> <p>1. 성명: (생년월일:)</p> <p>2. 세대주 성명(시설명): (세대주와의 관계:)</p> <p>3. 주소(소재지):</p> <p>4. 제출용도: (용 도) (제출처)</p> <p>5. 선정일자:</p> <p>「한부모가족지원법 시행규칙」 제3조의3에 따라 위와 같이 「한부모가족지원법」 제5조 및 제5조의2에 따른 한부모가족 지원대상자임을 증명합니다.</p>
