

2021년 코로나19 심리치료비 지원 안내문

1. 지원대상

- 주민등록상 대전광역시에 거주하고 있는 자
- 코로나19로 인한 심리적 어려움으로 정신건강의학과 병·의원 또는 심리상담 기관을 이용중인 자
- 지역사회 연계 및 지속관리 서비스 원하는 자
- ※ 치료비 지원 신청이 가능한 예산을 초과할 경우 소득기준에 따라 우선 지원

2. 지원내용

- 1인 최대 30만원 이내
- 코로나19로 인한 정신건강문제로 정신건강의학과 이용 시 발생된 모든 비용 지원
 - 약제비, 상담비, 심리검사비 등 지원(소견서, 진단서 등 서류 발급비용은 제외)
- ※ 대학병원 이용으로 부득이하게 미수금납부 방식의 치료비 지급이 불가능한 경우 사전에 코로나19 심리지원 사업 담당자와 논의 필수
- 지원기관

확진자, 격리자, 유가족, 대응인력	일반시민
- 정신건강의학과 병·의원 - 심리상담 기관 (사업자등록 등 지원 요건을 갖춘 기관에 한함)	- 정신건강의학과 병·의원

3. 구비서류

구분	서식	서류	비고
공통 서류	-	치료비 지원 신청 공문	
	서식1호	개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서	대상자(신청자) 작성
	서식2호	마음건강 치료서비스 동의서	
	-	의사 소견서 ※ 코로나19 영향으로 우울증 등 정신질환으로 치료받는 내용 명시	자부담
	-	본인확인을 위한 서류(신분증 사본, 주민등록등본 등)	
	서식3호	치료비 지원 신청서 ※ 코로나19 영향으로 정신건강 문제가 발생했음을 명시	신청기관(담당자) 작성
	-	치료기관 사업자등록증 사본	
	-	치료기관 통장 또는 개인통장 사본	
	-	치료비 영수증	
필요시	-	소득증빙서류	

개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서

(앞쪽)

지원 대상자	성명		주민등록번호	
	주소			
	연락처	집:	휴대전화:	
보호자	성명		관계	
	연락처	집:	휴대전화:	

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 국립정신건강센터, 시·도 및 시·군·구 보건소
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 보건복지부 치료비 지원 사업 대상자 관리 (동 사업을 신청한 대상자의 관할 시·도 및 시·군·구 보건소에서 대상자 관리를 위한 개인정보 수집·이용·관리)
 - 동 사업과 관련되어 국민건강보험공단으로부터 검진정보, 급여내역, 건강보험정보 등의 자료를 제공받을 때 활용
 - 사회보장정보시스템을 통한 타법에 의해 실시되는 공공부조 및 사회서비스의 부정·중복 수급여부 자료를 제공받을 때 활용
 - 치료비 지원 사업 수행 및 관련 정책에 필요한 경우 활용
 - 정신건강·자살예방 관련 정보 및 기타 공공 서비스 제공 시 필요한 경우 활용
- 개인정보 수집 항목
 - 치료비 지원 대상자의 정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 주소, 상병코드, 질환명, 진단일자, 진단기관, 건강보험정보, 보장변동정보, 주민등록등본, 인적변동사항, 개인전출입)
- 개인정보 보유 및 이용기간 : 동의한 날로부터 10년까지
- 개인정보의 수집·이용 동의 여부
 - 개인정보 수집·이용을 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 치료비 지원사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

본인은 「개인정보보호법」 제15조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
본인은 「개인정보보호법」 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함)할 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
본인은 「개인정보보호법」 제24조 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보를 제공(보유기관으로부터 수집·제공을 포함) 할 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

6. 제3자에게 제공 및 제3자에게 제공 시 개인정보 보유 및 이용 기간

- 제3자에게 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 치료비 지원 사업 대상자에서 제외될 수 있습니다.

개인정보를 제공하는 자	이용목적	제공항목	보유 및 이용기간
사회보장정보시스템	타법에 의해 실시되는 공공부조 및 서비스의 부정·중복수급여부 확인	성명, 주소, 주민등록번호, 치료비 지원 사업 자 격결정·수혜이력 정보	영구
국민건강보험공단	산정특례 등록여부, 건강보험정보 확인 및 본인부담상한제 사후환급금 관리	성명, 주민등록번호, 수혜이력 정보	퇴록 후 3년

본인은 「개인정보보호법」 제17조, 제18조에 따라 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

7. 미성년자의 개인정보 동의 여부

- 「개인정보보호법」 제22조5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 「개인정보보호법」 시행령 제17조, 동법 제22조5항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있음.

법정대리인 성명	(인/서명)	환자와의 관계	
법정대리인 연락처	※ 환자가 미성년자인 경우 작성		

치료비 지원 사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 이용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다. 본인은 위와 같이 개인정보의 수집, 이용 및 제공·조치에 관한 동의 여부에 대해 최종 확인 했습니다.

동의함 동의하지 않음

2021년 월 일

동의인 :

(서명 또는 인)

대전광역시정신건강복지센터장 귀하

마음건강 치료 서비스 동의서

신청인	성명	
보호자	성명	

하나, 치료비가 지급되는 기간에 약물을 꾸준히 복용하도록 하겠습니다.

둘, 신청기관명 에서 정기적으로 마음건강을 위한 서비스를 제공받도록 하겠습니다.

셋, 치료비 지원이 종료된 이후에도 나의 마음건강을 위해 필요 서비스를 제공받도록 하겠습니다.

넷, 치료비가 지원되는 기간동안 스스로 치료를 중단하거나 특별한 사유 없이 1개월(최대 2개월) 이상 치료를 받지 않을 시 치료비 지원이 종결됩니다.

나 성명 은(는) 나의 마음건강과 심신의 안녕을 위해 위의 사항을 모두 준수하겠으며 치료기관 및 치료자의 치료과정에 성실하게 협조할 것에 동의합니다.

2021년 월 일

동의인: (서명)

대전광역정신건강복지센터장 귀하

치료비 지원 신청서

신청유형	<input type="checkbox"/> 학교밖청소년	<input type="checkbox"/> 청년우울증	<input type="checkbox"/> 자살고위험군
	<input type="checkbox"/> 코로나19 심리지원	<input type="checkbox"/> 정신질환자 응급입원	

지원 대상자	성명		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일(나이)	(세)	
	주소					
	연락처	집:	휴대전화:			

보호자	성명		관계	
	연락처	집:	휴대전화:	

치료기관	치료 일자		서비스 절차 동의	<input type="checkbox"/> 치료비 지원 절차상 치료기관 역할 동의 (서류, 영수증 발송 등)
	기관명			<input type="checkbox"/> 미수금 납부방식 (치료기관 계좌이체 등)
	연락처(담당자)			

지원형태	<input type="checkbox"/> 외래치료	<input type="checkbox"/> 입원치료	<input type="checkbox"/> 응급입원	<input type="checkbox"/> 코로나19 검사
	<input type="checkbox"/> 심리검사	<input type="checkbox"/> 상담치료	<input type="checkbox"/> 기타 프로그램	

주 문제 및 신청사유	
담당자 의견	

위의 내용으로 대전광역시정신건강복지센터/자살예방센터에서 지원하는
치료비 지원을 신청합니다.

2021년 월 일

신청기관(담당자):

서명/인

대전광역시정신건강복지센터장 귀하