

아동건강체험활동비 지원 신청서

아동 (대상자)	성명		생년월일	
	주소	※ 주민등록상 도로명 주소로 정확히 기재		

신청인 (보호자)	성명		생년월일	
	휴대폰번호	아동과의 관계		

참나는전 카드정보	(기존) 카드번호		소유자	
	(신규) 카드번호	유효기간	CVC	

건강보험료 확인	가구원수			
	건강보험료 금액			
	<input type="checkbox"/> (적 합)		<input type="checkbox"/> (부 적 합)	

스포츠감좌 이용원 지원여부	<input type="checkbox"/> (이용)	<input type="checkbox"/> (이용하지 않음)
----------------	-------------------------------	------------------------------------

위와 같이 아동건강체험활동비 지원 사업을 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

제주특별자치도지사 귀하

신청자 확인란	1. 신청서류에 허위 기재 등 부정한 방법으로 지원금을 받을 경우에는 해당 금액의 전부 또는 일부를 환수합니다. 2. 신청시 제출한 정보나 내용이 변경되면 지원이 중단될 수 있습니다. 위의 내용을 확인하였음(<input type="checkbox"/>)
	신청인 (서명)

첨부서류	1. 보호자임을 증명할 수 있는 서류: ①신분증, ②가족관계증명서 등(필요시) 2. 건강보험료 증명서류: ③건강보험료 납부확인서, ④건강보험 자격확인서 3. 지원대상자가 소속된 시설대표자가 신청하는 경우 사업자등록증 또는 고유번호증 사본 4. 별지 제2호 서식에 따른 위임장 1부.(해당자에 한함)
------	---

아동건강체험활동비 지원 개인정보 수집 · 이용 동의

아동건강체험활동비 지원을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집 · 이용하고자 합니다.
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주세요.

1. 개인정보 수집 · 이용 내역

항목	수집 · 이용 목적	보유기간
(아동) 성명, 생년월일, 주소 (보호자 및 대리인) 성명, 생년월일, 대상자와의 관계, 전화번호	제주도 아동건강체험활동비 지원 및 카드발급 · 관리	사업 종료일부 5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나, 동의를 거부할 경우 아동건강체험활동비 지원신청이 제한됩니다.

☞ 위의 같이 개인정보를 수집 · 이용하는 데 동의하십니까? 동의 미동의

년 월 일

신청인성명 (서명 또는 인)

유의사항

1. 아동건강체험활동비 지원 신청 및 지역화폐 발나는전 카드 발급을 위해 작성·제출하신 서류는 일체 반환되지 않습니다.
2. 아동건강체험활동비 지원을 위한 지역화폐 발나는 전 카드는 지정된 장소에서만 사용할 수 있습니다.
3. 아동건강체험활동비 지원을 위한 지역화폐 발나는 전의 월 지급액은 해당 월 사용을 다하지 못했을 경우 다음달로 자동 이월되며, **2025년 3월 31일까지 사용하지 않은 금액은 자동 소멸됩니다.**
4. 지원 대상자의 보호자 여부를 확인하기 위해 발급기관은 필요한 질문을 할 수 있습니다.