[서식 1호] 임신 사전건강관리 지원사업 신청서

임신 사전건강관리 지원 신청서

신청인 정보 (□여성 / □남성)	
성명	주민등록번호(외국인등록번호)
주소	
연락처(핸드폰)	E-mail

배우자 정보 (□법률혼 / □사실혼 / □예비부부)	
성명	주민등록번호(외국인등록번호)

신청자 대상 설문	*선택사항이나, 사업의 필요성·지속성 평가 및 개선을 위한 기초자료로 사용될 예정이오니 응답을 요청드립니다.	
(1) 혼인	혼인기간 (예: (법률혼, 사실혼) 2년, 5개월, (예정자) 3개월 후 등) (년 개월)	
(2) 자녀	현재 자녀 수 (없는 경우 0명) (명)	추가 자녀 계획 (미정인 경우 0명) (명)
(3) 인지경로	□언론보도 □인터넷 검색 □보건소 등 공공기관 □지인 권유 □기타( ) * 해당란에 체크하여 주세요(예시: ☑)	

임신 사전건강관리 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

첨부서류	구 분		제출서류
	신청	공통	○ 임신 사전건강관리 지원 신청서 1부 ○ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(배우자 동의 필수) 1부 ○ 신청자 주민등록등본(또는 행정정보 공동이용 사전동의서) 1부
		추가	○ 부부(사실혼, 예비부부 포함)가 동일 주소지 거주 시, 추가 서류 없음 ○ 부부(사실혼, 예비부부 포함)가 별도 주소지 거주 시, 아래 서류 제출 - 법률혼: 가족관계증명서(상세) 또는 혼인관계증명서(상세) 1부 - 사실혼: ①청첩장 또는 ②사실혼 확인보증서(2인의 인우보증), 보증인(내국인 성년자)의 신분증 사본 각 1부 - 예비부부: 청첩장 또는 예식장 예약 영수증 등 ○ 부부 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명 또는 국내거소신고사실증명 1부
	청구		○ 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서 1부 ○ 진료비 영수증 및 세부내역서 각 1부 ○ 입금 계좌 통장사본 1부

※ 유의사항 : 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.

※ 결정기간 : 신청일로부터 3일 이내
* 「민원 처리에 관한 법률」 제19조 제1항에 따라 공휴일과 토요일 불산입, 1일은 8시간 기준

※ 검사가능기간 : 검사의뢰서 발급일로부터 3개월 이내
* 검사의뢰서 발급일로부터 3개월 이내 검사받지 못한 경우 재신청

[서식 2호] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

임신 사전건강관리 지원을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

* 해당란에 색칠하여 주세요(예시: ■)

임신 사전건강관리 지원과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

▸ 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
(필수 정보) 성명, 주소, 연락처, 이메일, 혼인관계, 배우자 성명 및 배우자 주소 **(선택 정보)** 혼인·자녀·인지경로에 대한 설문	대상자 선정 및 관리, 지역보건의료정보시스템을 통한 신청·청구·지급 현황 조사 또는 확인, 사업 통계자료 수집·분석·결과 추출 및 정책 기초연구 자료 활용, 타 지원사업과 연계될 경우 활용	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 필수 항목의 동의를 거부할 경우 임신 사전건강관리 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (필수) (□ 예 / □ 아니오)

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (선택) (□ 예 / □ 아니오)

*사업의 개선 및 발전을 위해 정보 제공 동의를 부탁드립니다. 조사·연구 활용 시 개인정보는 모두 가명처리됩니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (배우자 동의 필수) (□ 예 / □ 아니오)

▸ 고유식별정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
외국인 등록번호	대상자 확인	5년

※ 위의 고유식별정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 대상자 확인을 할 수 없어 임신 사전건강관리 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (필수) (□ 예 / □ 아니오)

▸ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유·이용기간
한국사회보장정보원, 한국건강증진개발원	「지역보건법」에 따른 지역보건의료 사업 운영	성명, **주민등록번호(외국인 등록번호)**, 주소, 연락처, 이메일, 혼인관계, 배우자 성명, **배우자 주민등록번호**	5년

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 지역보건의료 사업 운영 관련하여 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까? (필수) (□ 예 / □ 아니오)

▸ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유·이용기간
한국건강증진개발원 및 한국건강증진개발원이 만족도 조사를 위해 위탁하는 기관	지역보건의료의 조사·연구	혼인·자녀·인지경로에 대한 설문	3년

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까? (선택) (□ 예 / □ 아니오)

*사업의 개선 및 발전을 위해 정보 제공 동의를 부탁드립니다. 조사·연구 활용 시 개인정보는 모두 가명처리됩니다.

▸ 기타고지사항

개인정보 보호법 제15조 제1항 제3호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보 수집·이용 목적	개인정보 항목	수집·이용 근거
대상자 선정 및 관리, 지역보건의료정보시스템을 통한 신청·청구·지급 현황 조사	본인 : 주민등록번호 배우자 : **주민등록번호**	모자보건법 제11조 및 동법 시행령 19조

년 월 일

대상자 본인 성명 (서명 또는 인)

배우자 성명 (서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

[서식 3호] 행정정보 공동이용 사전동의서

행정정보 공동이용 사전동의서(대상자용)

1. 이용기관 명칭 : 시군구(보건소)

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

3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명
1	주민등록표 등·초본

※ 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 :