



**별지 서식**

(서식 제1호)

(앞 쪽)

<b>청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서</b>			
①성 명 (임산부)		②주민등록번호	카드 구분
③연락처	(자택)	(핸드폰)	<input type="checkbox"/> 비씨카드 (          은행) <input type="checkbox"/> 롯데카드 <input type="checkbox"/> 삼성카드 <input type="checkbox"/> KB국민카드 <input type="checkbox"/> 신한카드
④주 소			
<b>※ 요양기관 확인란(임신확인서)</b>			
<b>〈임신·출산〉</b>			
<b>구분</b>	<b>날 짜</b>		
임신	⑤ 임신 확인일	년          월          일	※ 초음파로 자궁 내 임신낭이 관찰된 이후부터 기재 가능
	⑥ 분만 예정일	년          월          일	
출산 (출생)	⑦ 출산일 (출생일)	년          월          일	
<b>〈유산〉</b>			
<b>구분</b>	<b>날 짜</b>		
⑧ 유산 또는 자궁 외 임신 진단일	년          월          일		
※ ㉔ 또는 ㉕ 중 하나를 충족하는 경우 기재 가능 ㉔ 정상적으로 임신이 진행되지 않은 경우 중 혈청 β-hCG가 500mIU/mL 이상으로 측정된 적이 있는 경우 ㉕ 초음파 또는 혈청 β-hCG로 임신이 확인된 후 임신 중절을 위한 수술(개복수술, 복강경수술, 소파수술 등) 또는 약물치료(Methotrexate 등)를 한 경우  ※ 인공임신중절수술은 신청 대상 아님			
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함			
⑨ 요양기관명(기 호):		년          월          일	(직인)
⑩ 담당의사(면허번호):		(서명 또는 인)	
위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.			
		년          월          일	
⑪신청인(대리인) 성명 :		(서명 또는 인)	
⑫신청인과의 관계 :		(대리인이 신청하는 경우)	
<b>보건복지부장관 귀하</b>			
첨부서류		“신청인 제출서류” 참조	수수료 없음
신청인의 범위	<input type="checkbox"/> 수급권자 본인 <input type="checkbox"/> 민법 제779조에 따른 가족		
신청인 제출서류	<input type="checkbox"/> 수급권자(임산부) 본인 신청시 제출서류 - “청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 ‘임신확인서’라 한다) - 수급권자(임산부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본” <input type="checkbox"/> 대리인 신청시 제출서류 - “청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 ‘임신확인서’라 한다) - 수급권자(임산부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본” - 대리인 신분증 사본, 대리권을 확인할 수 있는 위임장(서식 제3호 참조) - 임신부와의 가족관계를 입증할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서)		
<b>※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.</b>			



## 청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

- ① : 성명(임산부)의 성명을 한글로 기재합니다.
- ② : 주민등록번호를 기재합니다.
- ③ : **본인명의 휴대전화**가 있는 경우에 반드시 기재해야 됩니다.  
휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.
- ④ : **반드시 주민등록등본 상 주소**를 작성합니다.
- ⑤ ~ ⑩ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
- ⑪ **반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.**
  - 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재
  - 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재
- ⑫ 대리인이 신청한 경우에만 기재  
(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등
- ⑬ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용 동의서'의 동의함(○)에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명'(대리인이 신청한 경우 대리인 포함)란 반드시 기재 요망
- ⑭ 우편송부처 : (04933) **서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 17층, 한국사회보장정보원  
바우처사업본부 청소년산모 바우처 사업 담당자**