



안성교육통신

『큰 꿈을 갖고 노력하며 남을 배려하는 따뜻한 마음과 열정이 있는 학교』

등록 번호

2025-23

2025. 3. 20.

우편번호 55540 / 전북 무주군 안성면 칠연로 58 <https://www.ansung.es.kr/>

☎ 교무실 063-323-2013 / 행정실 063-323-0005 Fax : 063-323-0316

학생 ADHD 치료비 지원 안내

학부모님 안녕하십니까? 전북교육청에서는 학교생활 적응 능력을 제고하고 위기학생을 예방하고자 학생 ADHD 치료비 지원 사업을 운영하고 있습니다. 이에 학생들의 마음치유로 건강한 학교생활을 위한 ADHD 치료비 지원 관련 안내를 해드리고자 합니다.

□ ADHD 치료비 지원

○ 신청 기한: ~ 2025. 3. 25.(화)까지

(신청 기한까지 ①신청서, ②보호자 동의서, ③개인정보 동의서,
④정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서를 담임교사에게 제출)

○ 지원 기간: 2025. 4. ~ 2025. 10. 31.(예정)

○ 지원 대상: 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생

(2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내, 기존 지원 학생 신청은 가능
하나 최종 선정 여부는 위원회에서 결정함)

○ 지원 제외 대상

-특수교육 대상 학생

-선정 후 2개월 동안 병의원 및 기관에서 ADHD 치료를 받지 않을 경우
다른 학생 지원을 위해 치료비 지원 중단

○ 지원 금액: 1인당 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담, 예산
소진 시 조기 종료될 수 있음)

○ 지원 기관: 마음봄카드에 등록된 정신건강의학과 병의원 및 전문심리상담치유기관
(<https://mindcare.nhdream.co.kr/> 에서 가맹점 확인 가능)

○ 대상자 선정 안내: 2025. 04. 21.(예정)

○ 지원 영역

- 위기학생 예방을 위한 ADHD 학생의 심리·정서적 치료가 목적이므로 언어, 학습, 발달, 재활 등 심리 정서적 영역이 아닌 치료비 지원 불가
- 지원 가능 영역에 해당하더라도 서류 미흡 시 지원 불가
- 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서(2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내, 제출 이전에는 ADHD 병·의원 진료 외래비만 지원 가능(심리상담 치료비는 진단서 제출 이후 지원 가능))

-세부 지원 영역

지원 가능 영역	지원 불가 영역
<ul style="list-style-type: none"> -정신건강의학과 병·의원에서의 ADHD 진료 외래비, 상담 및 치료비, 약물 치료비 -약국에서 결제한 약제비 -ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이 치료, 모래놀이치료, 심리운동치료, 인지행동치료 -ADHD 학생과 보호자를 포함하여 그룹(집단)으로 진행되는 가족상담 -ADHD 학생의 상담 및 양육을 위한 부모상담 	<ul style="list-style-type: none"> -각종 증명서 발급 수수료, 진료 및 상담 이전 선납부금 -보호자 및 다른 가족원의 개인상담 -언어 관련 치료 및 상담 -학습 및 진로 관련 상담(학업 증진을 목적으로 하는 집중력 향상 프로그램 등 포함) -병·의원에서 의료 목적으로 실시하는 것이 아닌 뇌파치료 및 유사 치료와 상담 -재활치료 관련 상담 및 치료 -작업치료 관련 상담 및 치료 -신체, 언어 등 발달 관련 치료 및 상담 -기타 ADHD의 심리·정서·행동 치료적 영역과 밀접한 관련이 없는 치료 및 상담 -ADHD의 치료적 효과성과 무관하게 돌봄, 학생 선호 등을 사유로 1주에 다회기 진행되는 것

2025년 3월 20일

안 성 초 등 학 교 장

보호자 동의서

본인은 _____ 학생의 보호자로서
전북특별자치도교육청 ADHD 치료비 지원 사업에 의한
치료에 성실히 임할 것을 동의합니다.

2025년 월 일

보호자: _____ (서명)

학생과의 관계: _____

신청서류 2

개인정보 제3자 제공 동의서

개인정보 제3자 제공 동의서(안)

I. 제공받는 기관

- 전북특별자치도교육청, 치료 기관

II. 제공하는 개인정보의 항목

- 지역, 학교정보(학교명, 학교급, 학교담당자, 담당자연락처), 학생정보(학생명, 학년/반, 성별, 생년월일, 학생 연락처, 학부모 연락처), 치료기관명

III. 개인정보 제공 목적

- 학교는 다음과 같은 이유로 개인정보를 요청(제공)합니다.
 - 학생 병원 치료비 지원

IV. 개인정보 보유기간

- 수집된 개인정보의 보유기간은 치료비 신청 연도로부터 5년간입니다.

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 단, 동의가 없을 경우 이와 관련된 업무 진행이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

☒ 동의함

☐ 동의하지 않음

※ 개인정보는 정보주체의 동의없이 동의한 내용 외 다른 목적으로 활용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다.

학생 성명 :

(인)

2025년 월 일

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

보호자(법정대리인)성명 :

(인)

연 락 처 :

관 계 :