



사랑과 감동으로 가꾸는 행복한 배움터

아리울 2025

군산아리울초 상담실 학부모안내

상담교사 : 박 영 애
☎ 063-440-8868(상담실)

2025학년도 ADHD 치료비 지원 사업 안내

학부모님, 안녕하세요. 전북특별자치도교육청에서 주의력 결핍 및 과잉행동, 충동성 등 조기 치료를 통한 학생의 학교생활 적응 능력 향상을 위하여 치료비 지원 사업을 추진하고 있어 안내 드립니다. 관심 있으신 학부모님께서서는 아래 내용을 확인하시고 기간 내에 신청하여 주시기 바랍니다.

☐ 치료비 지원 안내

● 지원 기간: 2025. 4. ~ 2025. 10. 31. ※ 선정 이후 정확한 기간 명시 예정

● 지원 대상

- 관내 초·중학교 재학생 중 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생
(2025. 3. 21. 기준 최근 6개월 이내)

● 치료 지원 적용 제외 대상

- 특수교육대상 학생
※ 선정 후 2개월동안 병·의원 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 사업 조기 종료될 수 있음

● 지원 기관

- 마음봄카드에 등록된 정신건강의학과 병·의원 및 전문심리상담치유기관

● 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 진단 소견서(2025. 3. 21. 기준 **최근 6개월 이내**) 제출 이전에는 ADHD 진단을 위한 병·의원 진료 외래비, 심리평가 및 검사비만 지원 가능 (심리상담 치료비는 진단 소견서 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, 진단비, 상담 및 치료비, 약물치료비 - 약국에서 결제한 약제비 - ADHD 진단 및 평가를 위한 심리평가(검사)비 - ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이치료, 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

☐ 추천 대상자 신청 방법

● 신청기간: 2025. 3. 18.(화) ~ 3. 20.(목) 16:30까지

※ 신청기간 이후 제출한 서류는 사전 안내 없이 대상자 선정에서 제외

● 제출서류

- [첨부] 치료비 신청서(치료비 신청서 작성 후 기간 내 담임선생님 또는 상담실 제출)

- [해당자] 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단 소견서(스캔본)

· 치료비 지원 대상자로 선정될 경우 ADHD 진단 소견서 미제출 학생은 5월 말까지 제출 필수(미제출 시 지원 종료)

☐ 대상자 선정 안내

● 선정 안내(예정)일: 2025. 4. 21.(월) ※ 상황에 따라 일정 변경될 수 있음

● 선정 안내 방법: 신청교에 선정여부 안내 예정

2025. 3. 18.

군 산 아 리 울 초 등 학 교 장

【서식 1】 치료비 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년 반
보호자명		학생과의 관계		연락처			
주소							
치료지원 영역	진료외래비,개인상담						
치료지원 이용 (예정) 기관명	**병원				이용 예정 시간	월 15:00~16:00	
<p>○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원, 「마음봄카드」 발급과 관리</p> <p>○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소</p> <p>○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지</p> <p>○ 개인정보 수집·이용에 미동의 시 ADHD 치료비 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.</p> <p>☑ ADHD 치료비 관련 서비스 제공을 위해 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p> <p>☑ 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.</p> <p>☑ 위와 같이 ADHD 치료비 지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">학생명 : (서명)</p> <p style="text-align: right;">보호자(법정대리인) 성명: (서명)</p> <p>군산아리울초학교장 귀하</p>							
유의 사항	<p>① 치료비 지원 영역은 안내된 지원 가능 영역에만 가능함</p> <p>② 교육청 치료비 지원과 기타(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가</p>						