



**[변경 안내] 2025년 학생 ADHD 치료비 지원 사업 제2025-40호**

♣ 교무실 251-5811

♣ 행정실 251-5809

♣ FAX 251-5813



<http://www.cjsb.es.kr>

학부모님, 안녕하십니까? 전북특별자치도교육청에서 추진하는 학생 ADHD 치료비 지원 계획이 변경되어 안내드립니다. 학부모께서는 아래 내용을 확인하시고 기간 내에 신청하여 주시길 바랍니다.(기 제출한 학부모님께서는 다시 제출하실 필요가 없습니다.)

**변경 사항**

- 1) 신청 기간 연장 ⇨ 2025. 3. 19.(수) ~ 3. 26.(수) 12:00까지
- 2) 진단서 제출 권장(ADHD 진단을 확인할 수 있는 소견서도 제출 가능)
- 3) 마음봄카드 등록 가맹점 안내 ⇨ 신청서에 확인용 링크 안내

**□ 치료비 지원 안내**

- 지원 기간: 2025. 4. ~ 2025. 10. 31.(예정)
- 지원 대상
  - 관내 초·중학교 재학생 중 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생  
(2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내)
  - 기 지원 학생인 경우 신청은 가능하나 최종 선정 여부는 위원회에서 결정함
- 치료 지원 적용 제외 대상
  - 특수교육 대상 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 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"> <li>- 정신건강의학과 병·의원에서의 ADHD 진료 외래비, 진단비, 상담 및 치료비, 약물치료비</li> <li>- 약국에서 결제한 약제비</li> <li>- ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이치료, 모래놀이치료, 심리운동치료, 인지행동치료</li> <li>- ADHD 학생과 보호자를 포함하여 그룹(집단)으로 진행되는 가족상담</li> <li>- ADHD 학생의 상담 및 양육을 위한 부모상담</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 각종 증명서 발급 수수료, 진료 및 상담 이전 선납부금</li> <li>- 보호자 및 다른 가족원의 개인상담</li> <li>- 언어 관련 치료 및 상담</li> <li>- 학습 및 진로 관련 상담(학업 증진을 목적으로 하는 집중력 향상 프로그램 등 포함)</li> <li>- 병·의원에서 의료 목적으로 실시하는 것이 아닌 뇌파치료 및 유사 치료와 상담</li> <li>- 재활치료 관련 상담 및 치료</li> <li>- 작업치료 관련 상담 및 치료</li> <li>- 신체, 언어 등 발달 관련 치료 및 상담</li> <li>- 기타 ADHD의 심리·정서·행동 치료적 영역과 밀접한 관련이 없는 치료 및 상담</li> <li>- ADHD의 치료적 효과성과 무관하게 돌봄, 학생 선호 등을 사유로 1주에 다회기 진행되는 것</li> </ul>

## □ 추천 대상자 신청 방법

- 신청기간: **2025. 3. 19.(수) ~ 3. 26.(수) 12:00까지**

전주송북초등학교 2층 상담실로 서류(서식 1~4) 제출

※ 신청기간 이후 제출한 서류는 사전 안내 없이 대상자 선정에서 제외

- 제출서류

- [서식 1] ADHD 치료비 지원 신청서
- [서식 2] 2025년 전주송북초 ADHD 치료지원 정보확인서
- [서식 3] 보호자 동의서
- [서식 4] 개인정보 제3자 제공 동의서
- [해당자] 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서(스캔본)

- 치료비 지원 대상자로 선정될 경우 ADHD 진단서 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: 업무시스템으로 신청교에 선정여부 안내 예정
- 문의: 치료비 지원 사업 서류 제출 관련: 070-4678-8163(전주송북초 상담실)  
→ 본 사업에 대한 정확한 설명 관련(사업 추진기관): 전북특별자치도교육청 민주시민교육과(063-239-3472)

2025. 3. 20.

전주송북초등학교장

[서식 1] 외부 치료기관 이용시(학부모-> 학교, 보관용)

## ADHD 치료비 지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년 반
보호자명		학생과의 관계		연락처	010-		
주소							
치료지원 영역	(예: 진료외래비)						
마음봄카드에 등록된 정신건강의학과 병·의원 및 전문심리상담치유기 관명	(예: ○○병원, ○○상담센터)			이용 예정 시간	(예: ○요일 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><input checked="" type="checkbox"/> ADHD 치료비 관련 서비스 제공을 위해 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 위와 같이 ADHD 치료비 지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">2025년      월      일</p> <p style="text-align: right;">학생명 :                      (서명)</p> <p style="text-align: right;">보호자(법정대리인) 성명:                      (서명)</p> <p>전주송북초등학교장 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> <p>③ 가맹점 확인은 <a href="http://mindcare.nhdream.co.kr">http://mindcare.nhdream.co.kr</a>에서 가능함</p>						

[서식 2] 2025년 전주송북초 ADHD 치료비 지원 정보확인서

<div>2025년 전주송북초 ADHD 치료비 지원 정보확인서</div> <div>(관내 초·중학교 재학생 중 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생만 지원)</div>		
학 생 정 보		
학 생 명	이름:	
학 년 반	전주송북초등학교 학년 반	
성 별	( 남 / 여 )	
생 년 월 일	년 월 일	
학부모님 연락처	010- 관계:	
정서행동특성검사 관심군 여부 (해당부분에 <input checked="" type="checkbox"/> 체크)	관심군 아님 <input type="checkbox"/> 관심군 (우선) <input type="checkbox"/> 관심군 (일반) <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/>	
2023년 ADHD 치료비 지원 선정 여부	( O / X )	
2024년 ADHD 치료비 지원 선정 여부	( O / X )	
*2025년 중복(예정) 지원 여부 (O/X)		
특수교육 대상 여부	( O / X )	
도교육청 치료비 지원 여부 (모든 지원 사업)	( O / X )	
교육(지원)청 치료비 지원 여부	( O / X )	
기타 바우처사업 지원 여부	( O / X )	
*희망 치료기관		
	정신건강의학과 병 · 의원	전문상담심리치유기관
기관명		
담당자 이름		
담당자 연락처		

※유의사항※ 지원 금액: 1인당 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담)

## 보호자 동의서

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

20    년    월    일

보호자: \_\_\_\_\_ (서명)

학생과의 관계: \_\_\_\_\_

## 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.

성 명 :

(인)

20    년    월    일

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

보호자(법정대리인)성명 :

(인)

연 락 처 :

관 계 :