



2025년 학생 ADHD 치료비 지원 사업 안내

제2025-33호

♣ 교무실 251-5811

♣ 행정실 251-5809

♣ FAX 251-5813

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

학부모님, 안녕하십니까? 학부모님 가정에 건강과 행복이 가득하시길 기원합니다.

전북특별자치도교육청에서 주의력 결핍 및 과잉행동, 충동성 등 학생 ADHD 치료를 위한 치료비 지원 사업을 추진하고 있어 안내드립니다. 관심 있으신 학부모께서는 아래 내용을 확인하시고 기간 내에 신청하여 주시길 바랍니다.

※ 신청자 중 선정 기준에 의해 선발되는 사업으로 신청한다고 모두 지원받는 사업이 아닙니다.

□ 치료비 지원 안내

● 지원 기간: 2025. 4. ~ 2025. 10. 31. ※ 선정 공문 발송시 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. 19.(수) ~ 3. 21.(금) 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 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: 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. 18.

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, 약제비, 상담 및 치료비)						
치료지원 이용 (예정) 기관명	(예: ○○병원, ○○상담센터)			이용예정 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 동의를 필요합니다.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 위와 같이 ADHD 치료비 지원을 신청합니다.</p>							
<div style="text-align: right;">2025년 월 일</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">학생명 : (서명)</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">보호자(법정대리인) 성명: (서명)</div> <div style="text-align: left; margin-top: 20px;">전주송북초등학교장 귀하</div>							
유의 사항	① 치료비 지원 영역은 안내된 지원 가능 영역에만 가능함 ② 교육청 치료비 지원과 기타(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가						

[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)	
생년월일	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 :