



한솔정보나누기마당

교무실:530-8900
행정실:530-8901
교장실:530-8902

2024년 난치병 학생 치료비 지원 재안내

□ 지원대상: 도내 유초·중·고·특수학교 및 각종학교에 재학·유예·휴학 중인 난치병* 학생

* 난치병: ① 암, 심뇌혈관계 질환 및 1형 당뇨
② 보건복지부에서 고시하는 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제5조 희귀질환 및 중증 난치질환

□ 지원내용

구 분	내 용
지원기간 지원금액	- 2023.7.1.부터 2024.8.31.까지 기간 내 지급한 치료비 - 1인당 500만원 이내 지원 ※ 난치병학생지원위원회에서 대상자 선정 및 지원금액 결정 ※ 2025년 지원기간은 2024.1.1.~2024.12.31. 예정
지원범위 (변경)	- 치료비 본인부담금의 90%
제출기간	- 안내일 ~ 2024. 12. 9.(월)까지
제출서류	①치료비 지원신청서 ②타기관 의료비 수령확인서 -타기관 지원금 받은 경우 증빙자료 포함 ③질환 설명서 ④개인정보 수집·이용 및 제공동의서 ⑤해당 질환과 관련된 진단서 또는 질환 코드가 명시된 소견서 ⑥진료비 영수증(진료비 세부내역서 포함) ⑦본인 또는 보호자 통장사본 ⑧주민등록등본 또는 가족관계증명서 ⑨민간보험가입내역(보험가입내역이 없는 경우 필수 제출) -보험증권 및 보험금지급내역서 ⑩보호자 소득입증자료(건강보험료 납부확인서, 건강보험자격확인서) ⑪법정 저소득층 증명서(해당자에 한함)
제출처	학교

□ 유의사항

- 치료비는 국민건강보험공단, 보건소, 개인보험(실비) 등에 우선적으로 신청하고, 그에 따른 차액분에 대해 지원(중복 지급 확인 시 환수 조치)
- 전북특별자치도교육청 누리집 문예체건강과 부서자료실에 신청 서식 탑재

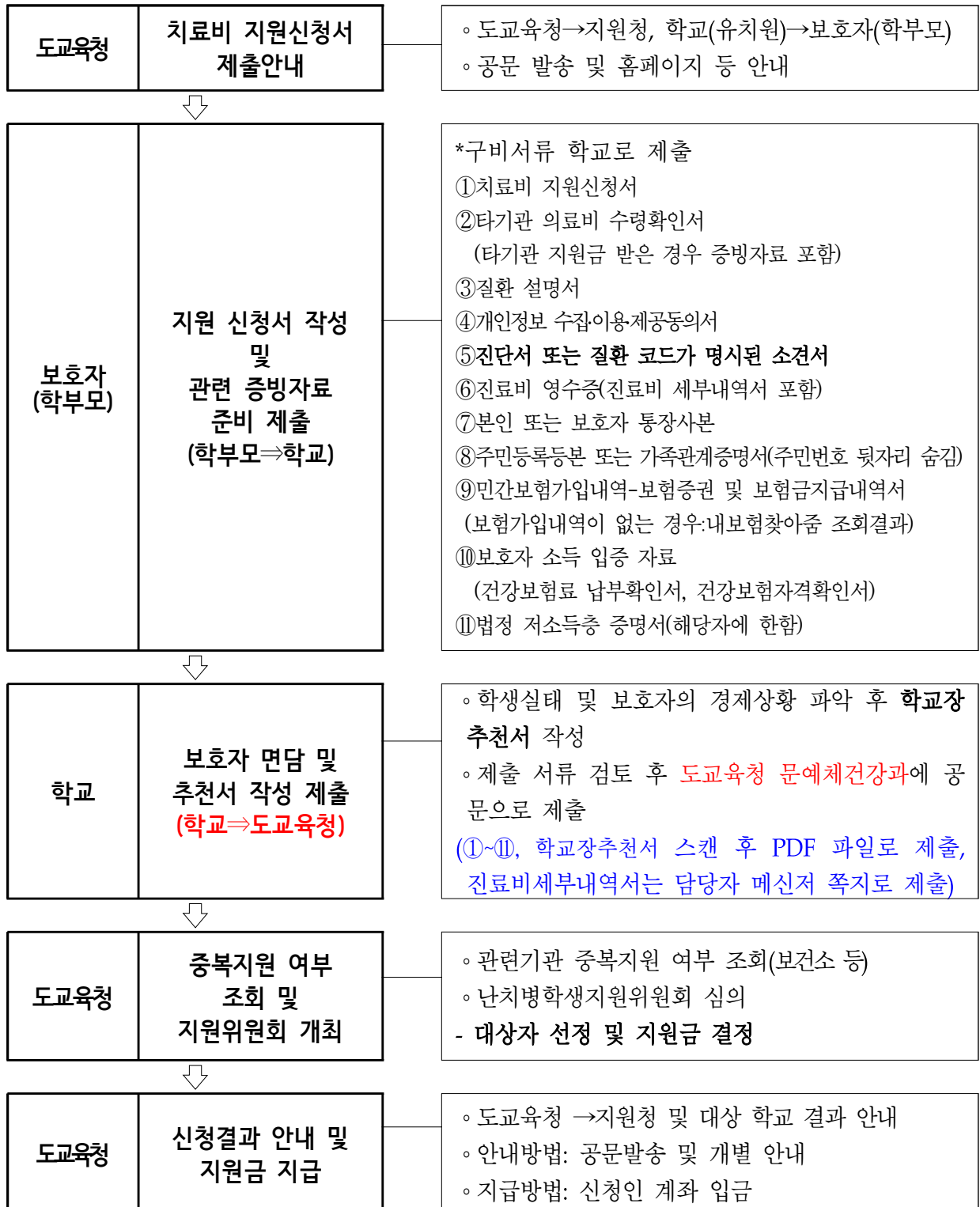


2024년 12월 4일

한솔초등학교장

【붙임 1】

난치병 학생 치료비 지원 절차



[illegible]

【붙임 3】

타기관 의료비 지원금 수령 확인서			
대상학생	학교명	학년-반	성명
신청인(보호자)	학생과의 관계		성명
- 작성방법: 2023.7.1.~2024.8.31. 지급한 의료비에 대해 타기관에서 지원 받은 경우 해당되는 곳에 √ 표시하고, '지원 세부 내역' 기재			
타기관 지원금 구분	지원 여부	지원 세부 내역	
		지원일	지원금(원)
1) (보건소)암환자 의료비 지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
2) (보건소)희귀질환자 의료비 지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
3) (국민건강보험공단)재난적의료비 지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
4) (보건복지부)긴급복지의료비 지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
5) (한국백혈병소아암협회)치료비 지원	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
6) 민간보험금(실손형)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
7) 기타()	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	20 . .	
국가, 지방자치단체, 기타기관 등의 의료비 지원과의 중복지원 금지 및 환수조치 안내	1) 전북특별자치도교육청 난치병 학생 치료비 지원에 관한 조례 제7조 제2항에 따라 다른 법령이나 조례, 그 밖의 방법으로 치료비를 지원 받은 경우에는 그 액수를 제외하고 지급됩 니다. 2) 타기관에서 의료비 지원을 받았음에도 불구하고 중복으로 치료비를 지원받을 경우, 중복지원 된 금액은 환수 조치 될 수 있습니다.		
첨부서류	위의 의료비를 지원받은 경우 “지급결정통보서” 등 증빙자료 제출 ※ 국민건강보험공단, 보건소, 민간보험(실손형) 등에 우선 적으로 치료비 신청하고 지급결정통보서 첨부		
본인은 위 사항을 사실과 다름없이 작성하였고, 국가, 지방자치단체, 기타기관, 개인보험 등의 의료비 지원과의 중복지원 금지 및 환수 조치 내용을 확인하였습니다. 기재 내용이 허위이거나 타 법률 또는 조례 등으로 중복지원이 발생할 경우 지원금을 반납할 것을 약속합니다.			
년 월 일			
신청인: 보호자		(서명 또는 인)	
전북특별자치도교육청교육감 귀하			

【붙임 4】

난치병 학생 질환 설명서				
대상학생		학년/반 :		이름 :
질환명 (질환코드)		신경세포종 (D43.2)	최초 진단일	. . .
증상	질환의 일반적 증상	신경세포종은 악성 뇌종양의 하나로 악성등급 2등급 이상으로 수술로는 완치가 어렵고 방사선치료를 하며, 신경학적 장애의 발생이 매우 높은 질환임		
	대상학생의 현재 증상	평상시에 두통이 심하며, 가끔 구토 증상을 동반함		
치료 현황 (※구체적 작성)	과거	2020.0.0. 전북대학교병원에서 000진단 2020.0.0. 입원 및 수술 .. 2020.0.0. 퇴원		
	현재	2020.0.0.~현재까지 주 1회 외래 진료 수술 후 정상적 등교 중이나 추적 관찰 중		
	향후 (장래 예후)	방사선 및 면역치료 예정		
작 성 자		성명:	(서명 또는 인)	학생과의 관계

개인정보 수집 · 이용 및 제공 동의서

1. 개인정보 수집 · 이용에 관한 동의

「개인정보보호법」 제15조에 따라 난치병학생 치료비 지원과 관련하여 귀하의 개인정보를 수집 · 이용하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

- 개인정보의 수집 · 이용 목적: 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원 업무 처리
- 수집하려는 개인정보의 항목: 학생 성명, 생년월일, 학교(학년-반), 연락처, 학적사항 / 보호자의 성명, 주소, 연락처, 가족관계 / 학생 또는 보호자의 계좌번호
- 개인정보 보유 및 이용 기간: 5년
- 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함 ☐ 동의안함 ☐

2. 민감정보 처리에 관한 동의

「개인정보보호법」 제23조에 따라 난치병학생 치료비 지원과 관련하여 민감정보 처리 동의를 받고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

- 민감정보의 수집·이용 목적: 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원 업무 처리
- 수집하려는 민감정보의 항목: 학생 질환명 및 코드, 의료기관명, 질환설명서, 치료상태, 진료내역, 소득수준, 저소득층여부(해당자에 한함), 환자 건강보험증 번호(희망자에 한함)
- 민감정보 보유 및 이용 기간: 5년
- 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함 ☐ 동의안함 ☐

3. 고유식별정보 처리에 관한 동의

「개인정보보호법」 제24조에 따라 난치병학생 치료비 지원과 관련하여 아래와 같이 고유식별정보를 처리하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

- 고유식별정보의 수집·이용 목적: 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원 업무 처리
- 수집하려는 고유식별정보의 항목: 학생 주민등록번호
- 고유식별정보의 보유 및 이용 기간: 5년
- 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함 ☐ 동의안함 ☐

4. 개인정보 제3자 제공 동의

「개인정보보호법」 제17조 및 제18조에 따라 난치병학생 치료비 지원과 관련하여 귀하의 개인정보를 아래의 기관으로 제공하여 중복지원 여부 등을 확인하고자 하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

- 개인정보를 제공 받는 자: 관할 보건소, 국민건강보험공단, 백혈병소아암협회, 기타 난치병지원 관련 기관(지자체, 사회복지기관, 협회 등), 학교 등에 제공할 수 있음
- 개인정보를 제공 받는 자의 이용 목적: 난치병학생 지원 관련 중복지원 확인
- 제공하는 개인정보의 항목: 학생 성명, 생년월일 또는 주민등록번호, 학교(학년-반), 주소, 연락처, 질환명 및 코드, 학적사항, 치료상태, 가족관계, 환자 건강보험증 번호, 지원내역/ 신청인의 성명, 주소, 연락처
- 개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간: 5년
- 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 전북특별자치도교육청 난치병학생 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함 ☐ 동의안함 ☐

2024 년 월 일

학생 본인 성명

(서명 또는 인)

보호자(법정대리인) 성명

(서명 또는 인)

※ 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.

학 교 장 추 천 서

인적사항	대상	이름	학년/반	생년월일	연락처(집/핸드폰)
	학생			00.00.00	
	보호자		경제상황	<input checked="" type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 한부모·조손가정 <input type="checkbox"/> 기타	
학생실태	(예시)000학생은 2020년 6월 000병 진단을 받고 현재 항암치료 중임 현재 휴학 중으로 치료가 종결되는 2024.11월 중 복학 예정				
추천사유	(예시)000학생은 형제가 3남매로 아버님만 경제활동을 하고 있어 000의 치료비 부담으로 생활에 어려움을 겪고 있으므로 치료비 지원이 반드시 필요함				

2024. . .

한솔초등학교 교장(원장) [직인]

전북특별자치도교육청교육감 귀하