



배움과 나눔으로 성장하는 행복한 학교

가 온 교 육 통 신

제 2025-240호

2025. 3. 20.

063)840-8205

2025학년도 ADHD 치료비 지원 사업 안내

[상세 내용 일부 변경]

안녕하십니까? 전북특별자치도교육청에서 주의력 결핍 및 과잉행동, 충동성 등 조기치료를 통한 학생의 학교생활 적응 능력 제고를 위하여 치료비 지원 사업을 추진하고 있어 안내드립니다. 관심 있으신 학부모께서는 아래 내용을 확인하시고 기간 내에 신청하여 주시기 바랍니다.

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

1. 신청기간: 2025. 3. 18.(화) ~ 3. 25.(화)

※ 신청기간 이후 제출한 서류는 사전 안내 없이 대상자 선정에서 제외

2. 지원 대상 : 관내 초·중학교 재학생 중 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생

가. 2025.3.26. 기준 최근 6개월 이내

나. 전북특별자치도교육청의 내부 선정 기준에 의해 선정하여 지원함

- 기 지원 학생인 경우 신청은 가능하나 최종 선정 여부는 위원회에서 결정함

다. 제외 대상

- 특수교육대상 학생

- 교육청 치료비 지원과 기타(바우처)제공 영역은 중복 지원 불가

라. 선정 후 2개월 동안 병·의원 및 기관에서 ADHD 치료를 받지 않을 경우, 다른 학생 지원을 위하여 치료비 지원 중단

3. 지원 금액 : 1인당 월 17만원 이내 실비 지원(초과분 수익자 부담)

※ 예산 소진 시 사업 조기 종료

4. 지원 기관 :

가. 「마음봄」카드에 등록된 정신건강의학과 병·의원 및 전문심리상담치유기관

- 홈페이지(<https://mindcare.nhdream.co.kr/security/loginForm>) 접속 → 가맹점 조회하기

(조회 가능한 가맹점만 이용 가능)

나. 가맹점 조회 안 될 경우, 해당 기관 이용 불가(사전에 반드시 기관 확인 요함)

5. 지원 영역 :

- 언어, 학습, 발달 등 심리 정서적 영역이 아닌 치료비 지원 불가
- 지원 가능 영역에 해당하더라도 서류 미흡 시 지원 불가
- 정신건강의학과 전문의 **ADHD 진단 증명 서류(2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내)** 제출 이전에는 **ADHD 병·의원 진료 외래비만 지원 가능(심리상담 치료비는 진단 증명 서류 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 (변경 공문으로 인해 내용 삭제) - 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

6. 제출 서류 : ①~⑤ 은 공통제출 ※제출된 서류는 반환하지 않음

- ① [서식1] ADHD 치료비 지원 신청서
- ② [서식2] 보호자 동의서
- ③ [서식3] 개인정보 제3자 제공 동의서
- ④ [서식4] 치료비 지원 신청서 (학교보관용)
- ⑤ [해당자] **최근 6개월 이내의 정신건강의학과 전문의 ADHD진단 증명 서류**

※ 치료비 지원 대상자로 선정될 경우 ADHD 진단 증명 서류 미제출 학생은 5월 말까지 제출 필수
(미제출 시 지원 종료)

7. 신청 기간 :

2025.3.25.(화) 16:30까지 본교 상담실(또는 교무실)로 원본 제출 ※기한 내 미제출 시 신청 불가

8. 선정 안내(예정)일 : 2025.4.21.(월) 신청 학교로 선정여부 안내 ※ 상황에 따라 일정 변경 가능

9. 문의 :

- 서류 제출 관련 : 익산가온초 상담실(063-840-8297)
- 치료비 지원사업 문의 : 063-239-3472 (민주시민교육과)

2025. 3. 20.
익산가온초등학교장

【서식 1】외부 치료기관 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

신청서류 1

치료지원 신청서

학생명		생년월일		성 별		학년/반	학년 반
보호자명		학생과의 관계		연락처			
주소							
치료지원 영역							
마음봄카드에 등록된 정신건강의학과 병의원 및 전문심리 상담치유기관명					이용 예정 시간		
<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 미동의를 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;">2025 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">학생명 : (서명)</p> <p style="text-align: right;">보호자(법정대리인) 성명: (서명)</p> <p style="text-align: center;">익산가온초등학교장 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 http://mindcare.nhdream.co.kr에서 가능함</p>						

신청서류 2

보호자 동의서 (ADHD 치료비 지원)

보호자 동의서

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

20 년 월 일

보호자: _____ (서명)

학생과의 관계: _____

신청서류 3

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.

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 :

【서식 4】치료비 지원 신청서 (학교보관용)

신청서류 4

치료비 지원 신청서 [학교 보관용]

학생명		생년월일		성 별		학년/반	학년 반
보호자명		학생과의 관계		연락처			
정서행동특성검사 결과 관심군 해당 여부 (해당 부분에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시)		(가장 최근 결과를 기준으로 작성) <input type="checkbox"/> 우선관심군 <input type="checkbox"/> 일반관심군 <input type="checkbox"/> 해당없음					
2023년 ADHD 치료비 지원 여부				2024년 ADHD 치료비 지원 여부			
* 해당되는 곳에 O표시 (○ / ×)				* 해당되는 곳에 O표시 (○ / ×)			
2025년 중복(예정)지원 여부 * 아래 항목에 해당 되거나 신청 예정인 경우 ▶ O표시 * 해당되지 않거나 신청하지 않을 예정인 경우 ▶ X표시							
특수교육 대상	도교육청 치료비 지원 (모든 지원 사업)		교육(지원)청 치료비 지원		기타 바우처 사업 지원		
2025년 치료 희망 기관							
정신건강의학과 병의원	병원명: 담당자(의사): 전화번호:						
전문상담심리 치유기관	기관명: 담당자(대표): 전화번호:						
치료비 지원 사업 신청 사유 (상세히 기재)							