



# 가 정 통 신 문

교무실: 833-2621, 행정실: 835-0646, 담당: 류호선

2025학년도  
교육소식

## 2025년 치료지원 운영 안내

학부모님 안녕하십니까? 본교의 발전에 많은 관심과 애정을 가져주심에 깊은 감사를 드립니다. 드릴 말씀은 2025년 특수교육대상자 치료지원 운영방법에 대한 안내입니다.

### 1. 치료지원 대상

- 가. 영·유·초·중·고등학교 특수교육대상자 중 치료지원 대상자로 선정된 학생  
나. 치료지원 적용 제외 대상

- 1) 취학 의무의 면제 및 유예를 결정한 특수교육대상학생
  - 2) 발달재활서비스(보건복지부) 및 타 기관에서 제공된 동일 영역 치료지원 수혜자
- \* 예: 교육청 치료지원비로 유관기관에서 언어치료를 받고 있으면서, 보건복지부 재활치료 바우처로 언어치료를 지원받고 있다면 치료지원을 받을 수 없음.

### 2. 치료지원 영역

- 물리치료, 작업치료, 언어(청능)치료, 보행훈련, 기타(미술·음악, 심리운동, 감각통합)
- 의사 처방과 확인이 이루어지지 않은 물리, 작업치료는 지원 불가

### 3. 치료지원 운영 방법

- 가. 치료지원 제공기관을 활용한 치료지원
- 1) 지원방법 : 치료지원 이용 후 매회 전자카드(꿈활짝카드) 결제
  - 2) 지원금액 : 월 17만원 이내 실비 지원 (초과분은 수익자 부담)
  - 3) 대상기관: 치료지원 전자카드(꿈활짝카드) 가맹점 등록기관
    - 가) 장애인등에 대한 특수교육법 시행령 제24조에 해당되는 기관
    - 나) 대학 및 병원 해당영역 치료실
    - 다) 보건복지부 발달재활서비스 제공기관
- \* 카드 가맹점: (<http://jbe.nhdream.co.kr>)

### 4. 구비(제출서류, 학부모→학교), (3월 13일(목)까지)

- 가. 특수교육대상자 치료지원신청서 1부

뒷면의 예시자료를 참고하셔서 인적사항, 꿈 활짝카드 신청여부, 치료지원 영역, 치료지원 이용 기관명, 특수교육대상자 장애영역, 이용시간, 보건복지부 발달재활서비스(영역, 기관, 시간)등을 구체적으로 기재해 주시기 바랍니다.

### 5. 문의

- 문의 사항이 있으실 경우 (교사 류호선 : 010-4607-5101)으로 연락주시기 바랍니다.

2025. 3. 6.

전 북 맹 아 학 교 장



## 특수교육대상학생 치료지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년	반
보호자명		학생과의 관계		연락처				
주 소								
「꿈활짝카드」 신청여부	신청		미신청	* 카드 미신청 · 재발급하는 경우 사유				
	신규	재발급						
치료지원 영역				특수교육대상자 장애 영역				
치료지원 이용 (예정) 기관명				이용시간				
보건복지부 발달재활서비스 지원 여부				보건복지부 발달재활서비스 지원 영역				
<p>○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원, 「꿈활짝카드」 발급과 관리</p> <p>○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역</p> <p>○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)</p> <p>○ 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.</p>								
<p>☑️ 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 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 특수교육대상학생 치료지원을 신청합니다.</p>								
<div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div>								
<div> <div>학생명 :</div> <div>(서명)</div> </div> <div> <div>보호자(법정대리인) 성명 :</div> <div>(서명)</div> </div>								
전북맹아학교장 귀하								
유의 사항	<p>① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함</p> <p>② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가</p>							

## 「꿈활짝카드」(재)발급 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년	반
보호자명		학생과의 관계		연락처				
주 소								

「꿈활짝카드」 신청여부	신 청		재발급하는 경우 사유	
	신규발급	재발급		
치료지원 영역			특수교육대상자 장애 영역	
치료지원 이용 (예정) 기관명			이용시간	

보건복지부 발달재활서비스 지원 여부		보건복지부 발달재활서비스 지원 영역	
------------------------	--	------------------------	--

- 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원,  
「꿈활짝카드」발급과 관리
- 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역
- 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)
- 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.

■ 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 ☐    동의하지 않음 ☐)

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

■ 위와 같이 특수교육대상학생 「꿈활짝카드」발급을 신청합니다.

년      월      일

학생명 : (서명)

보호자(법정대리인) 성명 : (서명)

**전북맹아학교장 귀하**

유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가
-------	--