



2025년도 ADHD 치료비 지원 사업 안내

안녕하십니까? 가정의 건강과 행복이 가득하시길 기원합니다. 전북특별자치도교육청에서는 주의력 결핍 및 과잉행동, 충동성 등 조기 치료를 통해 학생의 학교생활 적응 능력 제고하고자 치료비 지원 사업을 추진하고 있습니다. 관심 있으신 학부모께서는 아래 내용을 확인하시고 기간 내 신청 바랍니다.

※ 주의 : 신청자 중 선정 기준에 의해 선발되는 사업으로 신청한다고 모두 지원 받는 사업이 아님

1. 지원 대상 : 관내 초·중학교 재학생 중 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생(2025. 3. 26. 기준)
기 지원 학생인 경우 신청은 가능하나 최종 선정 여부는 위원회에서 결정함

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

2. 지원 기간: 2025. 4. ~ 2025. 10. 31.(예정)

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

※ 예산 소진 시 사업 조기 종료될 수 있음

4. 지원 기관 : 마음봄카드(<https://mindcare.nhdream.co.kr>)에 등록된 정신건강의학과 병·의원 및 전문심리상담치유기관

5. 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. 26. 기준 최근 6개월 이내) 제출 이전에는 ADHD 진단을 위한 병·의원 진료 외래비만 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, 상담 및 치료비, 약물치료비 - 약국에서 결제한 약제비 - ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이치료, 모래놀이치료, 심리운동치료, 인지행동치료 - ADHD 학생과 보호자를 포함하여 그룹(집단)으로 진행 되는 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 : 가. 나. 다. 라. (마-1 또는 마-2) ※제출된 서류는 반환하지 않음

가. [서식1] 치료비 지원 신청서

나. [서식2] 치료지원 정보 확인서

다. [서식3] 보호자 동의서

라. [서식4] 개인정보 제3자 동의서

마-1. [해당자] 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단 소견서(스캔본)

마-2. 치료비 지원 대상자로 선정될 경우 ADHD 진단 소견서 미제출 학생은 **5월 말까지 제출 필수**
(미제출 시 지원 종료)

7. 신청 기간 : **2025. 3. 20.(목) - 3. 26.(수) 12:00 까지 3층 상담실(070-4034-8865)로 서류 원본 제출**

※ 신청기간 이후 제출한 서류는 사전 안내 없이 대상자 선정에서 제외

※ 서식이 필요한 경우 상담실 사전 방문시 제공 가능

8. 선정 안내(예정)일 : **2025.4.21.(월)**

※ 상황에 따라 일정 변경 가능성 있음

9. 문의 :

- 서류 제출 관련 : 070-4034-8865 (전주신동초 상담실)

- 본 사업에 대한 정확한 설명 관련 : 063-239-3472 (전북특별자치도교육청 민주시민교육과)

2025. 3. 19.

전주신동초등학교장

[서식1]

ADHD 치료비 지원 신청서							
학생명		생년월일		성별		학년/반	학년 반
보호자명		학생과의 관계		연락처			
주소							
치료지원 영역	예: 진료외래비, 약제비, 개인상담						
치료지원 이용 (예정) 기관명	예: **병원, **상담센터			이용 예정 시간	예: 월15:00-16:00		
<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>☑ 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: center;">2025년 월 일</p> <p style="text-align: right;">학생명 : (서명)</p> <p style="text-align: right;">보호자(법정대리인) 성명: (서명)</p> <p>전주신동초등학교장 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>						

2025년 ADHD 치료지원관련 정보확인서

1. 치료비 지원을 받고자 하는 학생에 대한 정보를 작성해 주세요.

이름(성별) : _____ (남/여) 생년월일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 학년 _____ 반

2. 보호자 연락처를 기록해 주세요. : _____

3. 학생이 정신건강의학과 전문의로부터 ADHD 진단을 받았습니까? ○ / X

4. 정서행동특성검사 결과 관심군으로 선별된 적이 있습니까? ○ / X

5-1. 2023년에 실시한 ADHD 치료비 지원 사업과 관련하여 아래 해당하는 것에 ○ 표시 해주세요.

- ① 미신청(신청하지 않았어요) ② 미선정(신청했지만 선정되지 않았어요)
③ 선정 후 취소 ④ 선정 후 미치료 ⑤ 선정 후 치료

5-2. 2024년에 실시한 ADHD 치료비 지원 사업과 관련하여 아래 해당하는 것에 ○ 표시 해주세요.

- ① 미신청(신청하지 않았어요) ② 미선정(신청했지만 선정되지 않았어요)
③ 선정 후 취소 ④ 선정 후 미치료 ⑤ 선정 후 치료

6. 2025년에 지원받거나 지원 예정인 사업에 ○표 해주세요.

- ① 특수교육 대상 ② 도교육청 치료비 지원(모든 지원 사업)
③ 교육지원청 치료비 지원 ④ 기타 바우처 사업 지원

7. 선정 이후 이용하고자 하는 기관에 대한 정보를 기록해 주세요.

	기관명	담당자	담당자 연락처
정신건강의학과 병·의원			
전문상담심리치유기관			

8. 신청 이유를 간략하게 적어주세요.

보호자 동의서

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

2025년 월 일

보호자: _____(서명)

학생과의 관계: _____

개인정보 제3자 제공 동의서

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 **5년**간입니다.

※ 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)

2025년 월 일

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

보호자(법정대리인)성명 :

(인)

연 락 처 :

관 계 :