

【서식 1】외부 치료기관 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

특수교육대상학생 치료지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년 반	(유, 초, 중, 고) 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	( )요일 : ~ : (50분)

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

○ 개인정보 수집·이용 목적: 치료지원 현황조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원,  
「꿈활짝카드」 발급과 관리

○ 개인정보 수집·이용 항목: 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역

○ 개인정보 보유 및 이용 기간: 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 치료지원을 신청합니다.

2025년      3월      일

학생명 : (서명)

보호자(법정대리인) 성명 : (서명)

군산명화학교장 귀하

유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 <u>선정배치 결과 통지서에 제시된 영역</u> 으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 <u>중복 지원 불가</u>
-------	---

【서식 1】외부 치료기관 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

## 특수교육대상학생 치료지원 신청서 *(예시)*

학생명	군명화	생년월일	2010. 5. 5.	성별	남	학년/반	(유, 초, 중, 고) 학년 반
보호자명	군사랑	학생과의 관계	부	연락처	010-1234-5678		
주 소	군산시 상나운1길 37						
「꿈활짝카드」 신청여부	신청		미신청	* 카드 미신청 · 재발급하는 경우 사유			
	신규	재발급		-신규: 치료지원 처음 신청하는 경우 -미신청의 경우: 카드 보유 -재발급의 경우: 분실 또는마그네틱 훼손			
치료지원 영역	미술치료			특수교육대상자 장애 영역	지적장애		
치료지원 이용 (예정) 기관명	**발달센터			이용시간	주 ( 1 )회 ( 월 )요일, 17:00~17:50		
보건복지부 발달재활서비스 지원 여부	<input checked="" type="radio"/>			보건복지부 발달재활서비스 지원 영역	언어치료		
<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 ■      동의하지 않음 □)</p> <p>■ 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.</p> <p>■ 위와 같이 특수교육대상학생 치료지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">2025년      3월      10일</p> <p style="text-align: right;">학생명 : 군명화      (서명) 보호자(법정대리인) 성명 : 군사랑      (서명)</p> <p>군산명화학교장 귀하</p>							
유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 <u>선정배치 결과 통지서에 제시된 영역</u> 으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 <u>중복 지원 불가</u>						

【서식 3】(학부모→학교→특수교육지원센터 제출)

특수교육대상학생 치료지원 영역 변경 신청서

학 교 명		학 생 명		학년 반	(유, 초, 중, 고) 학년 반
보호자명		학생과의 관계		장애 영역	
주 소				연락처	
치료지원 제공 영역			보건복지부 재활치료 제공 영역		
기 존		변 경		기 존	
				변 경 시	
개별화교육지원팀 협의 결과(요약)					
위와 같이 특수교육대상학생 치료지원 영역 변경을 신청합니다.					
2025년 월 일					
신청인 의 보호자 : (서명)					
담당교사 : (서명)					
군산명화학교장 귀하					
첨부	※ 필요시 의사 진단서 및 소견서, 평가보고서(기관 치료사 의견서) 첨부 가능				

【서식 4】(학부모→학교→특수교육지원센터 제출)

## 치료지원 제공 취소 신청서

군산명화학교 (유, 초, 중, 고) \_\_\_\_학년 \_\_\_\_반 성명: \_\_\_\_\_

위 학생은 2025년 치료지원 운영계획에 의거 치료지원대상자로 선정되었으나,  
아래 사유로 인하여 치료지원 서비스를 취소하고자 합니다.

○ (취소일자) : 2025. . .

○ (취소사유) :

예)수술 및 장기 입원으로 인하여 학교 교육활동 참여 및 치료지원 서비스를 제공  
받는데 어려움이 있어 치료지원 제공 취소를 신청함.

2025 . .

신청인 의 보호자 : (서명)

담당교사: (서명)

군산명화학교장 귀하