



2025학년 학생 ADHD 치료비 지원 사업 안내(변경사항)

학부모님 안녕하세요. 기 발송된 2025학년도 학생 ADHD 치료비 지원 사업과 관련하여 변경사항이 있어 재안내 드립니다. 변경된 내용은 붉은색으로 표시해두었으니 꼭 확인하시고 관심 있으신 학부모님께서서는 기간 내에 신청하여 주시기 바랍니다.

1. 지원 대상 : - 관내 초·중학교 재학생 중 **최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생**
(2025.3.26. 기준 최근 6개월 이내)
- **기 지원 학생인 경우 신청은 가능하나 최종 선정 여부는 위원회에서 결정함**
치료 지원 적용 제외 대상-특수교육대상 학생
※ 선정 후 2개월동안 병·의원 및 기관에서 ADHD 치료를 받지 않을 경우
다른 학생 지원을 위해 치료비 지원 중단
2. 지원 기간 : 2025. 4 ~ 2025. 10. 31.(**예정**)※ 선정 공문 발송시 정확한 기간 명시 예정
3. 지원 금액 : **1인당 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담)**
※ 예산 소진 시 사업 조기 종료될 수 있음
4. 지원 기관 : 마음봄카드에 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 진단서(**2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내**) 제출 이전에는
ADHD 병·의원 진료 외래비만 지원 가능(심리상담 치료비는 진단서 제출 이후 지원 가능)
6. 대상자 신청 방법
- 도교육청 신청기간 : **2025. 3. 17(월) ~ 3. 26(수) 16:00까지**
※ 신청기간 이후 제출한 서류는 사전 안내 없이 대상자 선정에서 제외
- 학교 신청 기간 : **2025. 3. 25(화) 16:30까지 학교상담실에 제출**
(전주우전초 상담실 ☎ 070-8644-5871)

▶ 뒷 장 계속

7. 제출서류 :

- ① [서식1] 정보확인서
- ② [서식2] 보호자 동의서, 개인정보 제3자 제공 동의서
- ③ [서식3] 치료비 지원 신청서(한글)
- ④ [해당자] 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서(스캔본)

치료비 지원 대상자로 선정될 경우 ADHD 진단서 미제출 학생은 5월 말까지 제출 필수
(미제출 시 지원 종료)

8. 선정 학생 안내 : 2025. 4. 21(월) 예정 ※ 상황에 따라 일정 변경가능

9. 문의 : 전주우전초등학교 상담실 (☎ 070-8644-5871)

10. 본 사업에 대한 정확한 문의 관련: 도교육청 민주시민교육과(☎ 063-239-3472)

11. 지원영역 참고

지원 가능 영역	지원 불가 영역
<ul style="list-style-type: none">- 정신건강의학과 병·의원에서의 ADHD 진료 외래비, 진단비, 상담 및 치료비, 약물 치료비- 약국에서 결제한 약제비- ADHD 진단 및 평가를 위한 심리평가(검사)비- ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이치료, 모래놀이치료, 심리운동치료, 인지행동 치료- 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

2025년 3월 20일

전주우전초등학교장 박 광 숙

【서식 1】정보확인서

2025년 전주우전초 ADHD 치료지원 정보확인서		
학 생 정 보		
학생 명	이름:	
학년 반	학년 반	
성별	남 / 여	
생년월일	년 월 일	
학부모님 연락처	010- 관계:	
정서행동특성검사 관심군 여부(해당부분에 ☑ 체크)	관심군 아님□ / 관심군 (우선)□ / 관심군 (일반)□ / 모름□	
2023년 ADHD 치료비 지원 선정 여부(O/X)	(O / X)	
2024년 ADHD 치료비 지원 선정 여부(O/X)	(O / X)	
*2025년 중복(예정) 지원 여부 (O/X)		
특수교육 대상 여부	(O / X)	
도교육청 치료비 지원 여부(모든 지원 사업)	(O / X)	
교육(지원)청 치료비 지원 여부	(O / X)	
기타 바우처사업 지원 여부	(O / X)	
* 희망 치료기관		
	정신건강의학과 병, 의원	전문상담심리치유기관
명칭		
담당자 이름 (연락처)		
* 신청사유		
본 양식과 보호자 동의서를 작성하신 후 3월 25일(화) 16:30 까지 전주우전초 후관 1층 (2-6반 옆) 상담실로 제출바랍니다.		

유의사항

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

예산 소진 시 사업 조기 종료될 수 있음

신청서류 1	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: _____

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 :

【서식3】치료기관(가맹점) 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

ADHD 치료비 지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년 반
보호자명		학생과의 관계		연락처			
주소							
치료지원 영역	진료외래비						
마음봄카드에 등록된 정신건강의학과 병의원 및 전문심리상담치유기관명					이용 예정 시간	월 15:00~16:00	
<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: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">학생명 : (서명)</p> <p style="text-align: right;">보호자(법정대리인) 성명: (서명)</p> <p>전주우전초등학교장 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>						