

난청 (☐ 선별검사비 ☐ 확진검사비) 신청서					
1. 대상자 성명		2. 성별	남() 여()	3. 생년월일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처(휴대폰)	
7. 주소(거주지)					
8. 선별검사	1차	① 검사명 ☐ AABR ☐ AOAЕ	② 검사기관명	③ 검사일	
		④ 금액(본인부담금)			
	2차	⑤ 검사결과 우측: ☐ 통과(pass) ☐ 재검(refer) ☐ 시행못함(fail) / 좌측: ☐ 통과(pass) ☐ 재검(refer) ☐ 시행못함(fail)			
		① 검사명 ☐ AABR ☐ AOAЕ	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
⑤ 검사결과 우측: ☐ 통과(pass) ☐ 재검(refer) ☐ 시행못함(fail) / 좌측: ☐ 통과(pass) ☐ 재검(refer) ☐ 시행못함(fail)					
9. 확진검사 (ABR 또는 ASSR이 반드시 포함되어야 함)	① 검사명		② 검사기관명	③ 검사일	
	☐ ABR				
	☐ ASSR				
	☐ DPOAE				
	☐ TEOAE				
☐ Tympanometry					
⑤ ABR(또는 ASSR) 검사결과 : 좌측 청력: _____ dB, 우측 청력: _____ dB					
10. 신생아중환자실 5일 이상 입원	☐ O ☐ X				
지원금액 원 예금주) 은행명) 계좌번호)					
위와 같이 난청 (☐ 선별검사비 ☐ 확진검사비) 지원을 신청합니다.					
20 년 월 일					
신청인 (서명)					
보건소장 귀하					
<제출서류>					
• 주민등록등본 1부*					
• 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지 각 1부					
• 지원금 입금계좌통장 사본 1부					
• (필요시) 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*					
- 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능					
* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능					
<참고> 난청검사 수가코드					
구분	검사명		코드		
선별검사	AOAE(자동화이음향방사검사)		FZ735		
	AABR(자동화청성뇌간반응검사)		FZ736		
확진검사	ABR(청성뇌간반응역치검사)		F6400		
	ASSR(청성지속반응검사)		F6410		
	DPOAE(변조이음향방사검사)		F6382		
	TEOAE(크릭유발이음향방사검사)		F6383		
	Tympanometry(임피던스청력검사)		F6361		

보청기 지원 신청서

1. 대상자 성명		2. 성 별	남() 여()	3. 생년월일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처 (휴대폰)	
7. 주소(거주지)					

위와 같이 보청기 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

신청인 (서명)

보건소장 귀하

<제출서류>

- 주민등록등본 1부*
 - (필요시) 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
 - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
- * 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

선천성 난청검사 및 보청기 지원사업 개인정보 제공 동의서

신생아 난청검사 및 환아관리사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부(영유아난청관리 위탁사업단), 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- 영유아 난청검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
- 영유아 난청검사 및 환아관리 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
 - 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- ☐ 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
- 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
 - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
 - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공동이용’ 조회 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 “의료비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	주민등록번호	관계	동의확인(서명)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)