

2020년 아토피 환아 보습제 지원 안내문

1. 지원대상: 사천시에 거주하는 만 18세 이하 아토피 환아
2. 지원기간: '20. 2. 20. ~ 예산 소진까지
3. 선정기준 (한가지 이상 해당하는 자)
 - 의료급여 수급권자, 차상위, 셋째자녀 이상 가정, 다문화가정 또는 장애아가정
 - 2020년 기준 중위소득 100% 이하 가정(최근 3개월 평균)

< 2020년 기준 중위소득 100% >

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	2,992,000	100,050	85,837	100,076
3인	3,871,000	129,924	121,735	131,392
4인	4,749,000	160,546	160,865	162,883
5인	5,628,000	189,063	195,462	192,080
6인	6,506,000	220,167	233,499	224,298

※ 가구원수 산정 : 주민등록등본 기준이며, 주민등록표상 별도 세대를 구성하고 있더라도 생계 및 주거를 같이하는 2촌 이내 직계존속, 형제자매, 배우자는 포함

※ 연말정산 등으로 보험료 조정분이 고지될 경우는 정상월분으로 평가

※ 환아 부모 중 별도의 건강보험증상 등재된 경우 합산하여 보험료 산정(맞벌이는 각각 100% 합산)

4. 대상질환: 아토피피부염(L20)
5. 지원내용: 보습제 지원

신청시기	지원수량	비고
1분기(1~3월) 신청시	최대 8개 지원	※ 월 1회 2개 지원 ※ 수령일정: 수령 후 다음달 이후부터 그다음 회차 수령가능 (ex.2,3,4,5월 연속 수령가능)
2분기(4~6월) 신청시	최대 6개 지원	
3분기(7~9월) 신청시	최대 4개 지원	
4분기(10~12월) 신청시	최대 2개 지원	

6. 제출서류

- 지원신청서..... 공통
- 최근 3개월 이내 발급받은 주민등록등본 사본..... 공통
- '20년 발급받은 질병코드 기재된 진단서, 소견서, 진료확인서 또는 처방전 택 1) 원본..... 공통
- 최근 3개월 이내 발급받은 가족관계증명서 사본(세대분리가정, 다문화 가정 등의 경우)..... 해당자에 한함
- '20년 발급받은 의료급여증명서 또는 차상위본인부담경감대상증명서 사본 등..... 해당자에 한함
- 최근 3개월 보험료 표시된 건강보험료 납부확인서(지역가입자 또는 부모 분리 가입시 각각 제출).....해당자에 한함
- '20년 발급받은 건강보험 자격득실확인서(부모 분리 가입시 각각 제출, '20년 1월 이후 자격확인가능)..... 해당자에 한함

※ 건강보험 관련 서류 제출 방법: 건강보험공단 홈페이지 출력 또는 국민건강보험공단☎1577-1000, 건강보험료 납부확인서 ☎831-0130, 건강보험 자격득실확인서 ☎831-0120 전화하여 보건소 팩스(☎831-6040) 전송가능

※ 당해연도 예산 범위 내에서 지원합니다 (예산 소진시 사업조기 마감될 수 있습니다)

※ 기타 문의사항: 사천시 보건소 건강증진과 만성병관리팀 ☎831-3553

* 뒷면에 계속됩니다.

2020년 아토피·천식 환아 의료비 지원 안내문

1. 지원대상: 사천시에 거주하는 만 18세 이하 아토피 환아
2. 지원기간: '20. 2. 20. ~ 예산 소진까지
3. 선정기준 (한가지 이상 해당하는 자)
 - 의료급여 수급권자, 차상위, 셋째자녀 이상 가정, 다문화가정 또는 장애아가정
 - 2020년 기준 중위소득 100% 이하 가정(최근 3개월 평균)
 < 2020년 기준 중위소득 100% >

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	2,992,000	100,050	85,837	100,076
3인	3,871,000	129,924	121,735	131,392
4인	4,749,000	160,546	160,865	162,883
5인	5,628,000	189,063	195,462	192,080
6인	6,506,000	220,167	233,499	224,298

- ※ 가구원수 산정 : 주민등록등본 기준이며, 주민등록표상 별도 세대를 구성하고 있더라도 생계 및 주거를 같이하는 2촌 이내 직계존속, 형제자매, 배우자는 포함
- ※ 연말정산 등으로 보험료 조정분이 고지될 경우는 정상월분으로 평가
- ※ 환아 부모 중 별도의 건강보험증상 등재된 경우 합산하여 보험료 산정(맞벌이는 각각 100% 합산)

4. 대상질환: 아토피피부염(L20), 기관지천식(J45, J46)

5. 지원내용

- 지원 범위: 진료비 영수증에 기재된 양방 및 한방(한약) 의료비(약제비) 본인부담액(급여·비급여 포함)
- 지원 제외: 처방받은 보습제(보건소 아토피 보습제 지원사업과 중복)
- 지원 금액: 1인당 연 최고 20만원 지원 (횟수 제한 없음)
- 지원 기간: 2020. 1. 1. 이후 발생한 의료비 지원

6. 제출서류

- 지원신청서..... 공통
- 최근 3개월 이내 발급받은 주민등록등본 사본..... 공통
- '20년 발급받은 질병코드 기재된 진단서, 소견서, 진료확인서 또는 처방전 택 1) 원본..... 공통
- 최근 3개월 이내 발급받은 가족관계증명서 사본(세대분리가정, 다문화 가정 등의 경우).... 해당자에 한함
- '20년 발급받은 의료급여증명서 또는 차상위본인부담경감대상증명서 사본 등..... 해당자에 한함
- 최근 3개월 보험료 표시된 건강보험료 납부확인서(지역가입자 또는 부모 분리 가입시 각각 제출)....해당자에 한함
- '20년 발급받은 건강보험 자격득실확인서(부모 분리 가입시 각각 제출, '20년 1월 이후 자격확인가능).... 해당자에 한함
- 환자 또는 보호자 명의의 통장 사본..... 공통
- '20년 1월 1일 이후 진료비 영수증 원본..... 공통
- '20년 1월 1일 이후 약제비 영수증 및 처방전 원본 (처방전: 상병코드 L20, J45~46 기재) 공통
- 의료비 상제 내역서(비급여 발생한 경우)..... 해당자에 한함

※ 건강보험 관련 서류 제출 방법: 건강보험공단 홈페이지 출력 또는 국민건강보험공단(☎1577-1000, 건강보험료 납부확인서 ☎831-0130, 건강보험 자격득실확인서 ☎831-0120) 전화하여 보건소 팩스(☎831-6040) 전송가능

※ 당해연도 예산 범위 내에서 지원합니다 (예산 소진시 사업조기 마감될 수 있습니다)

※ 기타 문의사항: 사천시 보건소 건강증진과 만성병관리팀 ☎831-3553