

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서			
①성 명 (임신부)		②주민등록번호	
③연락처	(자택)	(핸드폰)	
④주 소			
※ 요양기관 확인란(임신확인서)			
⑤ 임신확인일	년	월	일
⑥ 분만예정일	년	월	일
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함			
⑦ 요양기관명(기호) :	(월	일)
⑧ 담당의사 (면허번호) :	()(서명 또는 인)
위와 같이 청소년산모 임신·출산 의료비를 신청합니다.			
년 월 일			
⑨신청인(대리인) 성명: (서명 또는 인)			
⑩신청인과의 관계: (대리인이 신청하는 경우)			
보건복지부장관 귀하			
첨부서류	"신청인 제출서류" 참조	수수료 없음	

신청인의 범위	<input type="checkbox"/> 수급권자 본인 <input type="checkbox"/> 민법 제779조에 따른 가족
신청인 제출서류	<input type="checkbox"/> 수급권자(임신부) 본인 신청시 제출서류 - “청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 ‘임신확인서’라 한다) - 수급권자(임신부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본” <input type="checkbox"/> 대리인 신청시 제출서류 - “청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서”(이하 ‘임신확인서’라 한다) - 수급권자(임신부)의 연령 및 거주지를 입증 할 수 있는 “주민등록등본” - 대리인 신분증 사본, 대리권을 확인할 수 있는 위임장(서식 제3호 참조) - 임신부와의 가족관계를 입증할 수 있는 서류(주민등록등본, 가족관계증명서)
결제 가능한 서비스 이용 기준	<input type="checkbox"/> 임신 및 출산 관련 산부인과 진료로서 산전검사, 출산, 조산, 자연유산, 산후진료 등 <input type="checkbox"/> 임신 및 출산과 관련 없는 감기, 외상, 내과외과 등 진료 및 신생아 치료비는 결제 불가 <input type="checkbox"/> 한의원 또는 한방병원의 경우 임신오저(O21, 임신 중 과다구토), 태기불안(O20 초기임신 중 출혈, O60.0 분만이 없는 조기진통), 산후통(U32.7) 진료에 한해 지원되며, 산후조리를 위한 첩약(보약)은 결제 불가 <input type="checkbox"/> 불법 인공임신증질 시술비에는 사용 불가

※ 뒤쪽의 개인정보처리에 대한 내용을 확인하시고 신청서를 계속 작성합니다.

청소년산모 임신·출산 의료비지원 신청 및 임신확인서 작성요령

- ① : 성명(임신부)의 성명을 한글로 기재합니다.
- ② : 주민등록번호를 기재합니다.
- ③ : **본인명의 휴대전화**가 있는 경우에 반드시 기재해야 됩니다.
휴대전화 또는 자택전화 중 하나를 반드시 기재 하여야 하며, 개인 연락처가 없는 경우 카드발급시 필요한 상담절차를 진행하기 위한 보호자 또는 대리인의 연락처를 반드시 기재합니다.
- ④ : **반드시 주민등록등본 상 주소**를 작성합니다.
- ⑤ ~ ⑧ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
- ⑨ **반드시 신청인 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.**
 - 본인이 신청할 경우 반드시 본인의 성명, 서명 기재
 - 대리인이 신청할 경우 반드시 대리인의 성명, 서명 기재
- ⑩ 대리인이 신청한 경우에만 기재
(작성 예시) 모, 부, 언니, 오빠 등
- ⑪ 개인정보 수집 및 이용 동의서 내용 중에서 '개인정보 수집 및 이용 동의서' 및 '행정정보 공동이용 동의서'의 동의함(○)에 표시해 주시고, '신청일자', '신청인 성명 및 서명' (대리인이 신청한 경우 대리인 포함)란 반드시 기재 요망
- ⑫ 우편송부처 : (04554) **서울특별시 중구 퇴계로 173 남산스퀘어빌딩 17층 사회보장정보원**
바우처본부 청소년산모 담당자