

VII. 서 식

【제1호】 서울형 입원 생활비 지원 신청서

【제2호】 근로(사업)활동 및 소득신고서

【제3호】 고용·임금 확인서

【제4호】 서울형 입원 생활비 지원 위임장

【제5호】 타인명의통장 입금동의서

【제6호】 서울형 입원 생활비 지원 결정 통지서

【제7호】 이의신청서

【제8호】 이의신청 결정 통지서

【제9호】 이의신청 검토 의견서

【제10호】 급여비용·부당이득 환수(반환명령) 통지서

【제11호】 거주지·사업장 사용 확인서

【제12호】 연소근로자(18세 미만인 자) 표준근로계약서

【제13호】 가족 관계 해체 사유서

【제14호】 (신청자 사망에 따른) 지급계좌 변경 신청서

서울형 입원 생활비 지원 신청서

근로 소득자(일용근로자 ☐ 노무제공자(舊특수형태근로종사자) ☐ 기타 ☐) 사업 소득자 ☐

신청자	성명			주민등록번호	
	주소			전화번호(휴대폰)	
	정보수신여부	☐ 휴대폰 문자 ☐ 전자메일() ☐ 수신거부 ※ 서울형 입원 생활비 지원 관련 신청완료, 자료보완요청, 선정·미선정 결정, 지급결과 등 관련 변동사항 발생 시 정보 제공			
	지원사업 인지경로	오프라인		온라인	
		☐ 서울시 홍보안내문 ☐ 자치구 소식지 ☐ 리플릿·전단지·포스터 ☐ 현수막·배너 ☐ TV·방송·라디오·신문기사 ☐ 지하철·버스전광판 ☐ 병원·검진기관 ☐ 기존 신청자 ☐ 지인 소개 ☐ 기타()		☐ 서울시 홈페이지, 공식블로그, SNS 등 ☐ 자치구 홈페이지, 공식블로그, SNS 등 ☐ 안내문자(국민건강보험공단, 자치구 등) ☐ 인터넷 게시물(블로그 등) ☐ 온라인 기사 ☐ 기타()	
		근무지명 (사업장명)			사업자등록번호
사업장소재지				세부직업	
대리인	성명			주민등록번호	
	주소				
	관계			전화번호(휴대폰)	
이 용 의 료 기 관	1	구분	예) 입원, 공단 일반건강검진 등	기관명	
		전화번호		주소	
		질병명		이용기간	
	2	구분		기관명	
		전화번호		주소	
		질병명		이용기간	
	3	구분		기관명	
		전화번호		주소	
		질병명		이용기간	

지급계좌	금융기관:	예금주:	계좌번호:
과거 신청내역 (1년 이내)	☐ 1차 신청 ☐ 2차 신청 이상		
중복수혜 확인 (해당 체크 √)	생계급여(국민기초생활보장, 서울형 기초보장, 국가형·서울형 긴급복지지원)		☐ 있음 ☐ 해당 없음
	실업급여 ※ 고용노동부		☐ 있음 ☐ 해당 없음
	산재보험급여 ※ 근로복지공단		☐ 있음 ☐ 해당 없음

[가 구 원]

주민등록등표상 동일 주소지에 거주하는 신청자의 ① 배우자 ② 직계혈족(부모, 자녀)
③ 직계혈족(자녀)의 배우자 ④ 배우자의 직계혈족(시부모, 장인, 장모) ⑤ 배우자의 자녀

가구원성명	관계	주민등록번호	가구원 성명	관계	주민등록번호

소득·재산 조 사	신청(조사) 시점에서 차세대 행복e음으로 공적조회되는 소득·재산을 우선 반영함을 인정합니다. ※ 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원 대상자의 선정 및 확인조사 등을 목적으로 가구원에 대한 동의 없이 조사 가능함	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
급여 지급	서울형 입원 생활비 지원 급여 지급은 입원/진료/검진일 기준 30일 전부터 “지급 시점”까지 서울 시민으로 거주하고 있어야 합니다.	동의자: _____
환수 조치	신청서를 허위 작성 또는 기타 부정한 방법으로 지원금을 받거나, 타인으로 하여금 지원금을 받게 한 경우, 중복수혜 등 부정수급 한 경우 서울형 입원 생활비 지원 급여를 즉시 환수하고 해당 법률에 정한 바에 따라 처분을 받을 수 있습니다.	(서명 또는 인) _____

개인정보 수집 및 활용 동의	1. 개인정보 활용 목적: 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용) 및 관련 조례에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용 2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위 - 인적사항 및 가족 관계 확인에 관한 정보, 직종, 국민건강보험 가입형태, 근로 여부, 소득·재산·근로(사업)상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜 이력에 관한 정보, 그 밖에 대상자를 선정·관리하기 위하여 필요한 정보 - 병가정보(구분, 질병유형, 질병명, 검진·입원일수) 등 민감정보 3. 개인정보 제3자 제공 동의 - 소득·재산 조사, 중복수혜 확인, 대상자 관리, 제도 만족도 조사 및 효과평가를 위해 필요한 정보 제공 및 취약계층 통계자료 추출 등 - 제공기관: 서울시, 금융감독원, 행정안전부, 보건복지부, 근로복지공단, 고용노동부(한국고용정보원), 국민건강보험공단, 제도 효과평가 연구기관, 온라인 접수시스템 운영 및 유지관리 용역사 4. 개인정보 처리 및 위탁에 관한 안내 동의 - 수탁자: 온라인 접수시스템 운영 및 유지관리 용역사 - 위탁업무 내용: 서울형 입원 생활비 지원 온라인 접수시스템 운영 및 유지관리 5. 개인정보 보유 및 파기: 5년 6. 상기 개인정보 제공 동의를 거부할 수 있으며, 제공 거부 시 서울형 입원 생활비 지원이 제한될 수 있습니다.	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 동의자: _____ (서명 또는 인)
정책수립 및 사업평가 등 설문, 모니터링 동의	서울형 입원 생활비 지원과 관련하여 정책수립 및 사업평가, 통계를 위한 설문 및 모니터링에 참여하고 동의합니다.	동의자: _____ (서명 또는 인)
행정정보 공동이용 사전동의	1. 이용사무(이용목적) : 서울형 입원 생활비 지원 신청 2. 공동이용 행정정보명(6종): ①주민등록표 등·초본, ②건강보험 자격득실확인서, ③건강검진 결과통보서, ④사업자등록증명, ⑤입금계좌 확인정보, ⑥고용보험 일용근로·노무제공내역서 3. 정보주체(본인) 동의사항 - 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리 담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다. ※ 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류 제출하여야 합니다.	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 대상자: _____ (서명 또는 인)

유의사항

서울형 입원 생활비 지원 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.

담당자 확 인 사 항	1. 직업분류, 의료기관 종별분류, 질병분류의 자료 수집은 서울형 입원 생활비 지원 제도의 수요자군의 특성을 파악하여 향후 제도 평가, 모니터링, 홍보 활용 등을 목적으로 한다. 2. 본 사항은 담당자가 참고자료(직업분류, 의료기관 종별분류, 질병분류 기준)를 참고하여 작성한다.		담당자: _____ (서명 또는 인)
	직업 분류	☐ ①운전·운송·유통 관련직 ☐ ③돌봄·간병·보건·의료 관련직 ☐ ⑤문화·예술·방송·체육 관련직 ☐ ⑦음식·여행·숙박·미용·오락 관련직 ☐ ⑨건설·제조·기계·설비·생산 관련직 ☐ ⑪기타 직종	☐ ②방문·가사·방문형 돌봄 관련직 ☐ ④종교·사회복지 관련직 ☐ ⑥교육·정보통신·공학 관련직 ☐ ⑧판매·영업·금융·보험 관련직 ☐ ⑩청소·경비·기타서비스 관련직
	의료기관 종별분류	☐ ①의원급(의원, 치과의원, 한의원) ☐ ③종합병원	☐ ②병원급(병원, 치과병원, 한방병원) ☐ ④상급종합병원
	질병 분류	☐ ①감염성 및 기생충성 질환 ☐ ③혈액, 조혈기관, 면역장애 ☐ ⑤정신 및 행동장애 ☐ ⑦눈 및 눈 부속기 질환 ☐ ⑨순환계통 질환 ☐ ⑪소화계통 질환 ☐ ⑬근골격계 질환 ☐ ⑮임신, 출산, 산후기 질환 ☐ ⑰선천성 및 염색체 질환	☐ ②신생물 ☐ ④내분비, 영양, 대사질환 ☐ ⑥신경계통 질환 ☐ ⑧귀 및 유도의 질환 ☐ ⑩호흡계통 질환 ☐ ⑫피부 관련 질환 ☐ ⑭비뇨생식계통 질환 ☐ ⑯출생전후기에 기원한 질환 ☐ ⑱손상, 중독, 외인에 의한 질환

위와 같이 「서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례 제5조(지원신청 및 지원결정)」 제1항 규정에 의거 서울형 입원 생활비 지원을 신청합니다.

2026년 월 일

신청인(대리 신청인) 성명 :
 신청인과의 관계 :

(서명 또는 인)
 (대리신청의 경우)

서울특별시 구 보건소장 / 주민센터장 귀하

『 이 신청서는 아래와 같이 진행됩니다 』

서울형 입원 생활비 지원 신청, 접수 ⇒ 자격요건 심사 ⇒ 지원 대상 여부 결정 ⇒ 입원 생활비 지급

필 수 제출서류	① 서울형 입원 생활비 지원 신청서(개인정보 이용·제공 동의, 소득·재산 정보제공 동의 포함) ② [입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 확인 서류] - 입원: 입퇴원 기간 및 질병명이 명시된 의료기관 발급 서류 (예시) 입퇴원확인서, 입퇴원요약지, 진료기록부, 소견서, 진단서 등 - 입원연계 외래진료: 입원과 연계된 외래진료임을 확인할 수 있는 의료기관 발급 서류 (예시) 통원확인서, 소견서, 진단서 등 외래진료 의료기관의 질병명(질병코드) 확인 가능 서류 - 공단 일반건강검진: (검진 후 1개월 이내) 건강검진 실시 확인서 또는 일반건강검진 결과통보서 제출, (검진 후 1개월 이후) ‘행정정보공동이용’에서 공무원이 일반건강검진 결과통보서 확인 ※ 제출 서류 없음 ③ [근로자·사업자 확인 서류] - 근로 소득자 확인 서류 ※ ‘고용보험 일용근로·노무제공내역’ 확인이 불가능한 경우 아래 서류 제출 ▶ 근로(사업)활동 및 소득신고서 1부(※ 필수 제출서류) ▶ 고용·임금 확인서, 경력증명서, 위촉증명서, 재직증명서 등 해당자 1부 - 사업 소득자 확인 서류 ▶ 사업자등록증 ‘행정정보공동이용’으로 담당자 조회 확인(제출 서류 없음) ▶ 근로(사업)활동 및 소득신고서 1부(※ 필수 제출서류) ④ [소득·재산조사] 거주지 임대차 계약서, 사업장 임대차 계약서 등 - 소득확인서류: 근로(사업)활동 및 소득신고서(소득 “0원”으로 조회될 경우 활용) - 임대차 계약서가 없는 경우: 거주지·사업장 사용 확인서 1부 - 사업 소득자의 경우: 사업장 임대차 계약서 1부 ⑤ 대리인 신청의 경우 - 대리인 신분증, 위임자(신청인) 신분증 사본, 서울형 입원 생활비 지원 위임장[서식 제4호]
유의사항	서울형 입원 생활비 지원 급여 지급 후라도 사후조사 결과, 부정수급 및 중복수혜가 발생하였을 경우 환수절차에 따라 조치합니다.
처리 기한	최종제출일로부터 30일(토·공휴일 제외)이나, 조사에 시일을 요하는 특별한 사유(소득·재산 조사, 근로여부 확인, 신청자의 자료 제출 지연 등)가 있는 경우 60일 이내 처리합니다.

【 서식 제2호 】

근로(사업)활동 및 소득 신고서

신청인	성명		생년월일			
	주소					
근로(사업)내역 ※ [입원 전월 포함 이전 3개월간] + [입원월 1일부터 입원 직전일까지] 기간 동안 이력 기재 (입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진도 동일)	직장(사업장)명					
	직장(사업장)주소		(전화:)			
	근로자	구분	전월 3개월			해당 월 1일~전일
		예시) 2026.4.20. 입원, 외래, 검진 시	2026년 1월	2026년 2월	2026년 3월	2026년 4월 1일~ 4월 19일
		월 근로 일수(일)	년 월	년 월	년 월	년 월 일 ~ 월 일
		총 근로 일수				
사업자	사업장 유지기간	년 월 일 ~				
소득내역		월 원 ※ 신청시점 현재 신청인 월 소득				

본인은 상기와 같이 근로(사업)내역과 소득을 신고합니다.

2026년 월 일

신고자 : (서명 또는 인)

서울특별시 구 보건소장 / 주민센터장 귀하

유의사항

※ 근로상태 및 소득을 허위로 신고, 속임수나 그 밖의 부정한 방법에 의하여 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 자는 '형법 제228조(공정증서원본 등의 부실기재)'에 의거하여 5년 이하의 징역, 1,000만 원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.

【 작성예시 】

근로(사업)활동 및 소득 신고서

신청인	성명	김서울	생년월일	00.00.00.		
	주소	서울시 중구 00대로				
근로(사업)내역 ※ [입원 전월 포함 이전 3개월간] + [입원월 1일부터 입원 직전일까지] 기간 동안 이력 기재 (입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진도 동일)	직장(사업장)명		○○ 공장			
	직장(사업장)주소		서울시 중구 00대로 (전화:000-0000-0000)			
	근로자	구분	전월 3개월			
		예시) 2026.4.20. 입원, 외래, 검진 시	2026년 1월	2026년 2월	2026년 3월	해당월 1일~전일 2026년 4월 1일~4월 19일
		월 근로 일수(일)	15일	13일	10일	1일
		총 근로 일수	총 39일			
사업자	사업장 유지기간	2026년 1월 10일 ~ 현재까지				
소득내역		월 200만 원 ※ 신청시점 현재 신청인 월 소득				

본인은 상기와 같이 근로(사업)내역과 소득을 신고합니다.

2026년 월 일

신고자 : (서명 또는 인)

서울특별시 구 보건소장 / 주민센터장 귀하

유의사항

※ 근로상태 및 소득을 허위로 신고, 속임수나 그 밖의 부정한 방법에 의하여 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 자는 ‘형법 제228조(공정증서원본 등의 부실기재)’에 의거하여 5년 이하의 징역, 1,000만 원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.

【 서식 제3호 】

고용 · 임금 확인서

고용주 작성	피고 용자	성 명			생년월일			
		주 소						
	고 용 기 간							
	근로내역 ※ [입원 전월 포함 이전 3개월간] + [입원월 1일부터 입원 직전일까지] 기간 동안 이력 기재 (입원연계 외래진료,공단 일반건강검진도 동일)	구 분	전월 3개월			해당 월 1일~전일		
		예시) 2026.4.20. 입원,외래,검진 시	2026년 1월	2026년 2월	2026년 3월	2026년 4월 1일 ~ 4월 19일		
월 근로 일수(일)		년 월	년 월	년 월	년 월 일~ 월 일			
총 근로 일수								

신청인 작성	소득내역	월 원 ※ 신청시점 현재 신청인 월 소득
-----------	------	---------------------------

【 고용주 】	【 신청인 】
상기와 같이 피고용인이 본 사업장에 고용되어 근로하였음을 확인합니다.	위와 같이 본인의 월 소득금액을 신고합니다.
2026년 월 일	2026년 월 일
사업장명 : 사업장주소 : 사업자등록번호 : 전화번호 : 사업주명 : (서명 또는 인)	성명: (서명 또는 인)

서울특별시	구	보건소장 / 주민센터장 귀하
유의사항		
※ 근로상태 및 소득을 허위로 신고, 속임수나 그 밖의 부정한 방법에 의하여 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 자는 '형법 제228조(공정증서원본 등의 부실기재)'에 의거하여 5년 이하의 징역, 1,000만 원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.		

【 작성예시 】

고용 · 임금 확인서

고용주 작성	피고 용자	성 명	김 서 울	생년월일	2000.00.00		
		주 소	서울특별시 중구 세종대로 110				
	고 용 기 간		2026. 1. 5. ~ 2026. 4월 현재				
	근로내역 ※ [입원 전월 포함 이전 3개월간] + [입원월 1일부터 입원 직전일까지] 기간 동안 이력 기재 (입원연계 외래진료,공단 일반건강검진도 동일)	구 분	전월 3개월			해당 월 1일~전일	
		(예시) 2026.4.20. 입원,외래,검진 시	2026년 1월	2026년 2월	2026년 3월	2026년 4월 1일~ 4월 19일	
월 근로 일수(일)	10일	15일	10일	1일			
총 근로 일수		36일					

신청인 작성	소득내역	월 120만 원 ※ 신청시점 현재 신청인 월 소득
-----------	------	--------------------------------

【 고용주 】	【 신청인 】
상기와 같이 피고용인이 본 사업장에 고용되어 근로하였음을 확인합니다.	위와 같이 본인의 월 소득금액을 신고합니다.
2026년 월 일	2026년 월 일
사업장명 : 사업장주소 : 사업자등록번호 : 전화번호 : 사업주명 : (서명 또는 인)	성명: (서명 또는 인)
서울특별시 구 보건소장 / 주민센터장 귀하	
유 의 사 항	
※ 근로상태 및 소득을 허위로 신고, 속임수나 그 밖의 부정한 방법에 의하여 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 자는 ‘형법 제228조(공정증서원본 등의 부실기재)’에 의거하여 5년 이하의 징역, 1,000만 원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.	

【 서식 제4호 】

서울형 입원 생활비 지원 위임장

신청자 (본인)	성명	주민등록번호		
	전화번호(자택)	휴대전화번호		
	주소			
내용	「서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례」에 따른 서울형 입원 생활비 지원 신청, 변경, 이의신청의 위임			
대리인 (수임자)	성명	생년월일		
	전화번호(자택)	휴대전화번호	관계	
	주소			

위임자(본인)는 대리인에게 「서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례」에 따른 서울형 입원 생활비 지원 신청과 관련하여 상기 위임내용에 대한 일체의 권한을 위임합니다.

2026년 월 일

위임자(본인)

(서명 또는 인)

서울특별시 구 보건소장 / 주민센터장 귀하

업무담당자 확인사항	위임자(신청자 본인)의 신분증(사본)과 대리인의 신분증	수수료 없음
---------------	--------------------------------	-----------

유의사항

※ 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 서울형 입원 생활비 지원 급여를 지급받은 자는 「형법 제228조(공정증서 원본 등의 부실기재)」에 의거하여 5년 이하의 징역, 1,000만 원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.

타인명의통장 입금동의서

신 청 인	「서울형 입원 생활비 지원」 사업을 신청함에 있어 본인()의 통장이 압류되어 대리인() 명의의 계좌로 입금을 신청함 2026년 월 일 신청인 성 명 : (서명) 주민등록번호 : 주 소 :
통장명의자	1. 본인의 통장으로 ()의 「서울형 입원 생활비 지원」 급여 입금 2. 개인정보 제공 및 이용 목적 및 제공범위: ()의 「서울형 입원 생활비 지원」 급여 지급 관련 인적사항 및 계좌번호 제공 및 활용 위 사항에 대해 동의합니다. 2026년 월 일 통장명의자 성 명: (서명) 주민등록번호: 주 소: 연 락 처:
첨 부	계좌번호 사본 1부.

유의사항

※ 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 서울형 입원 생활비 지원 급여를 지급받은 자는 「형법 제228조(공정
증서 원본 등의 부실기재)」에 의거하여 5년 이하의 징역, 1,000만 원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.

【 서식 제6호 】

서울형 입원 생활비 지원 결정 (☐ 선정 ☐ 미선정) 통지서

신 청 인	성명		생년월일		전 화 번 호	
	주 소				휴대전화	
					전자우편	
의료기관명						
신청구분	입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진			질 병 명		
신청내용				지원내용		

서울형 입원 생활비 지원 결정 내역

□ 선 정	1. 귀하는 서울형 입원 생활비 지원 대상자로 선정되었습니다. 2. 구 보건소장은 지급결정 후 서울형 입원 생활비 지원 금액(원)을 신청 계좌로 지급합니다.
-------	--

☐ 미선정	1. 귀하는 서울형 입원 생활비 지원 신청내역 확인 결과, 선정되지 않았습니다. 2. 미선정 사유는 아래와 같습니다. ☐ 소득·재산 기준 미충족 ☐ 중복수혜: 생계급여(국민기초생활보장, 서울형 기초보장, 국가형·서울형 긴급복지지원), 실업급여, 산재보험급여 상세: _____ ☐ 기타(_____)
------------------------------	--

귀하의 서울형 입원 생활비 지원 신청에 대하여 『서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례』에 따라 위와 같이 결정되었음을 알려드립니다. 지급결정에 대하여 이의가 있는 경우에 **통보받은 날로부터 60일 이내** 서면으로 해당 보건소로 이의신청하시면 됩니다.

2026년 올해 일년

담당자 : ○○○○ 과 ○○○○ (전화번호:)

서울특별시 구 보건소장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다. (대표전화 ☎000-0000)

【 서식 제7호 】

이 의 신 청 서

신 청 인	성 명		주민등록번호			
	주 소	(전화번호 :)				
대 리 신 청 인	성 명		주민등록번호		신청인과의 관계	
	주 소	(전화번호 :)				
처 분 내 용		☐ 선정 ☐ 미선정 ☐ 환수 ☐ 기타				
처분이 있음을 안 연월일		2026년 월 일				
처분통지를 받은 경우 통지를 받은 연월일		2026년 월 일				
처분의 내용 또는 통지된 사항						
이의신청 취지 및 사유						

「서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례 제6조(이의신청)」에 따라 위와 같이 이의신청을 합니다.

2026년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

서울특별시

구 보건소장 귀하

안 내	1. 서울형 입원 생활비 지원 결정 등에 관하여 관할 보건소장으로부터 처분을 받은 사람의 성명, 주민등록번호(외국인의 경우에는 외국인등록번호), 주소를 적습니다. 2. 서울형 입원 생활비 지원에 관하여 이의신청의 대상이 되는 구체적 처분 내용을 적습니다. ※ (처분보건소:) 해당 처분을 한 보건소를 적습니다. 3. 「서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례 제6조(이의신청)」에 의하여 지원결정에 관하여 이의가 있을 때에는 그 결정 통보를 받은 날로부터 60일 이내에 주소지 관할 보건소장에게 서면으로 이의를 신청할 수 있습니다.	
구비서류	【 신청자 본인이 이의신청 하는 경우 】 ①이의신청의 내용을 확인할 수 있는 서울형 입원 생활비 지원 결정 통지서 1부 ②신청인 인적사항을 확인할 수 있는 신청인 신분증 사본(신분증 원본 확인) 1부 【 대리인이 이의신청 하는 경우 】 ①이의신청의 내용을 확인할 수 있는 서울형 입원 생활비 지원 결정 통지서 1부 ②서울형 입원 생활비 지원 위임장[서식 제4호] 1부 ③위임자(대상자)의 신분증 사본 1부 ④대리인의 인적사항을 확인할 수 있는 대리인의 신분증 사본(신분증 원본 확인) 1부	수수료 없음

이의신청 결정 통지서

신청인	성 명	생년월일		
	전화번호(자택)	휴대전화번호		
	주 소			
이의 신청일				
처 분 내 용				
이의신청 내용				
이의신청 결정 결과		[] 처분 취소·변경	[] 기각	[] 각하
이의신청 결정 사유				

귀하의 이의신청에 대하여 심사한 결과, 위와 같이 결정되었음을 「서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례 제6조(이의신청)」에 의거 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.

2026년 1월 일

담 당 자 : (소속) (성명)
문의전화 :

서울특별시

구 보건소장

직인

참고 사항

- **기각** : 이의신청에 대하여 심사한 결과, 이의신청 내용이 타당하지 않아 행정기관에서 수용(인정)하지 않는 상태
- **각하** : 이의신청 절차를 제대로 이행하지 않았거나 혹은 필요한 첨부서류를 모두 갖추지 않은 경우 등 이의신청 요건을 제대로 갖추지 못하였다는 것을 이유로 이의신청을 되돌려 보내는 상태

【 서식 제9호 】

이의신청 검토 의견서

☐ 수 신: 서울특별시

☐ 참 조: 노동정책과장

☐ 접수번호: 제 호

☐ 신 청 인: 성명(주민등록번호)
주소

☐ 피 신청인: ○○구 보건소장

☐ 이의신청 개요

1. 처분내용:

2. 신청인 주장

3. 피 신청인 검토의견

☐ 불임서류: 이의신청서

서울특별시

구 보건소장

직인

【 서식 제10호 】

급여비용 · 부당이득 환수(반환명령) 통지서

서울형 입원 생활비 지원 받은자 (납부대상자)	성명		주민등록번호	
	주소		전화번호	
			휴대전화	
환수 결정금액	원			
환수사유				

귀하에게 지급된 서울형 입원 생활비 지원 급여에 대한 환수 결정내역을 위와 같이 통보합니다.

2026년 양 일

담당자 : (전화번호:)

서울특별시

구 보건소장

직인

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.(전화 ☎ 000- 0000)

거주지 · 사업장 사용 확인서

사용인 (임차인)	성명	(인)	주민등록번호	
	주소	(통반)		
	임대인과의 관계	☐ 임대인이 임차인의 부양의무자에 해당 (관계 :) ☐ 임대인이 수급자의 부양의무자 외 2촌 이내의 혈족 (관계 :) ☐ 임대인이 제3자 ※ 부양의무자란 임차인과 1촌의 직계혈족 및 그 배우자를 의미(부모, 자녀, 사위, 며느리, 계부모)		
	임대인과의 함께 거주여부	☐ 임대인과 동일 주택 등에 거주함 ☐ 임대인과 동일 주택 등에 거주하지 않음		
사용내용	사용현황	☐ 신청자가 방, 주방, 욕실 등 주택 전체를 독립적으로 사용할 수 있음 ☐ 신청자가 방, 주방, 욕실 중 일부만 독립적으로 사용할 수 있음		
	사용기간	년 월 일부터 ~ 년 월 일까지		
	사용대가	☐ 생활비 일부 보조 ☐ 육아가사노동 ☐ 기타 다른 종류의 대가 (예시: 월_____원, 보증금_____원)		
	사용유형	☐ 위 사용인이 상기와 같이 사용대차하고 있음(무상사용인 경우) ☐ 위 사용인이 상기와 같이 실거주하고 있음(임대차 관계인 경우) ☐ 위 사용인이 본인이 임차한 주택 등을 사용하고 있음(전대차 관계인 경우)		

본인이 소유하고 있는 거주지 및 사업장 등을 위와 같이 사용하고 있음을 확인합니다.

2026년 월 일

임대인(전대인)

주 소 :

성 명 : (서명 또는 인)

주민등록번호 :

전 화 번 호 :

서울특별시

구 보건소장 /

주민센터장 귀하

연소근로자(18세 미만인 자) 표준근로계약서

_____(이하 '사업주'라 함)과(와) _____(이하 '근로자'라 함)은 다음과 같이 근로계약을 체결한다.

1. 근로계약기간: 년 월 일부터 년 월 일까지
※ 근로계약기간을 정하지 않는 경우에는 '근로 개시일'만 기재
2. 근무장소:
3. 업무의 내용:
4. 소정근로시간: ____시__분부터 ____시__분까지 (휴게시간 : 시 분~ 시 분)
5. 근무일/휴일: 매주 ____일(또는 매일단위)근무, 주휴일 매주 ____요일
6. 임금
 - 월(일, 시간)급 : _____원
 - 상여금 : 있음 () _____원, 없음 ()
 - 기타급여(제수당 등) : 있음 (), 없음 ()
 - _____원, _____원
 - _____원, _____원
 - 임금지급일 : 매월(매주 또는 매일) ____일(휴일의 경우는 전일 지급)
 - 지급방법 : 근로자에게 직접지급(), 근로자 명의 예금통장에 입금()
7. 연차유급휴가
 - 연차유급휴가는 근로기준법에서 정하는 바에 따라 부여함
8. 가족 관계증명서 및 동의서
 - 가족 관계기록사항에 관한 증명서 제출 여부: _____
 - 친권자 또는 후견인의 동의서 구비 여부 : _____
9. 근로계약서 교부
 - 사업주는 근로계약을 체결함과 동시에 본 계약서를 사본하여 근로자의 교부요구와 관계없이 근로자에게 교부함(「근로기준법 제17조(근로조건 의 명시), 제67조(근로계약)」 이행)
10. 기타
 - 13세 이상 15세 미만인 자에 대해서는 고용노동부장관으로부터 취직인허증을 교부받아야 하며, 이 계약에 정함이 없는 사항은 근로기준법령에 의함

2026년 월 일

(사업주) 사업체명: _____ (전화 : _____)
주 소: _____
대 표 자: _____ (서명 또는 인)

(근로자) 주 소: _____
연 락 처: _____
성 명: _____ (서명 또는 인)

서울특별시

구 보건소장 /

주민센터장 귀하

【 서식 제13호 】

가족 관계 해체 사유서

신 청 자 인적사항	성 명				주민등록번호		
	주 소				연 락 처		
가 구 원 인적사항	성 명		주민등록 번 호			신청자와의 관 계	
	주 소				연 락 처		

○ 가족 관계 해체 기간:

○ 가족 관계 해체 구체적 사유:

○ 신청인의 현재 생활 상태:

가족 관계 해체 사유가 타당하지 않을 경우, 자치구보건소 심의위원회 심의·의결을 거쳐 서울형 유급병가지원 신청 및 지원이 제한되는 것에 동의하십니까? 예 (), 아니오 ()

향후 상기 신고사실이 허위, 거짓으로 확인되었을 경우 어떠한 처분(서울형 입원 생활비 지원 미선정, 환수) 등도 감수할 것을 확인합니다.

2026년 양 일

성명 : (서명 또는 인)

서울특별시 구 보건소장 / 주민센터장 귀하

VIII. 참고자료

1. 2026년 신청인 자가 체크리스트

2. 담당자 확인 사항 분류 기준

3. 서울형 입원 생활비 지원 보건소 담당 현황

4. 서울형 입원 생활비 지원 유관기관 연락처

5. 서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례

6. 서울특별시 서울형 입원 생활비 지원에 관한 조례 시행규칙

2026년 서울형 입원 생활비 지원 신청인 자가 체크리스트

아래 항목 모두 “예” 에 해당할 경우 「서울형 입원 생활비 지원」 신청 가능 대상자가 되십니다.

‘제출서류 심사를 통해 최종 선정여부 결정’

구 분	내 용	예	아니오												
서울시 거주	① 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기준 30일 전부터 지급완료일 현재까지 서울시에 거주하고 있다.	☐	☐												
국민건강보험 지역 가입자격	② 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간 동안 국민건강보험 지역 가입자였다.	☐	☐												
입원, 공단일반 건강검진	입원 ③-1. 미용, 성형, 출산, 요양 목적의 입원이 아닌 질병으로 조산원, 요양병원 아닌 의료기관에 입원하였다(단, 정신병원 입원은 가능).	☐	☐												
	공단일반 건강검진 ③-2. 국민건강보험공단에서 실시하는 공단 일반건강검진(암 검진 제외)을 실시하였다.	☐	☐												
근로·사업 소득자자격 (해당자)	근로 소득자 ④-1. [입원 전월 포함 이전 3개월간] + [입원월 1일부터 입원 직전일까지] 기간 동안 24일 이상 근로하였다. (입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진도 동일)	☐	☐												
	사업 소득자 ④-2. [입원 전월 포함 이전 3개월간] + [입원월 1일부터 입원 직전일까지] 기간 동안 45일 이상 사업장 유지하였다. (입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진도 동일)	☐	☐												
소득재산 기준 (2개 항목 모두충족)	소득 ⑤-1. 신청자 및 가구원 모두의 소득 합이 보건복지부에서 고시하는 기준 중위소득 100% 이하 [2026년 소득기준 일람표] <table border="1" style="margin: 5px auto; width: 80%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>1인 가구</th><th>2인 가구</th><th>3인 가구</th><th>4인 가구</th><th>5인 가구</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>금액</td><td>2,564,238</td><td>4,199,292</td><td>5,359,036</td><td>6,494,738</td><td>7,556,719</td></tr> </tbody> </table> ※ 8인 이상 가구의 기준 중위소득: 1인 증가 시마다 959,198원씩 증가 (8인 가구: 10,474,348원)	구분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	금액	2,564,238	4,199,292	5,359,036	6,494,738	7,556,719	☐	☐
	구분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구									
금액	2,564,238	4,199,292	5,359,036	6,494,738	7,556,719										
재산	⑤-2. 신청자 및 가구원 모두의 재산합이 4억 원 이하[공시지가] (토지, 건축물, 주택, 임차보증금 등 일반재산액)	☐	☐												
중복수혜	⑥ 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간이 속한 월에 국민기초생활수급(생계급여) 지급을 받은 적이 없다.	☐	☐												
	⑦ 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간이 속한 월에 서울형 기초보장(생계급여) 지급을 받은 적이 없다.	☐	☐												
	⑧ 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간이 속한 월에 국가형 긴급복지지원(생계급여) 지급을 받은 적이 없다.	☐	☐												
	⑨ 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간이 속한 월에 서울형 긴급복지지원(생계급여) 지급을 받은 적이 없다.	☐	☐												
	⑩ 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간이 속한 월에 실업급여 지급을 받은 적이 없다.	☐	☐												
	⑪ 입원, 입원연계 외래진료, 공단 일반건강검진 기간이 속한 월에 산재보험급여 지급을 받은 적이 없다.	☐	☐												
신청 기간	• 입원(입원연계 외래진료): 퇴원일로부터 180일 이내에 신청하였다 • 공단 일반건강검진: 검진일로부터 180일 이내에 신청하였다	☐	☐												

※ ‘검진’은 국민건강보험공단에서 실시하는 일반건강검진을 말함(암 검진 제외)