

[서식 1]

난청 (<input type="checkbox"/> 선별검사비 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> AOAE	② 검사기관명	③ 검사일
		④ 금액(본인부담금)		
		⑤ 검사결과 우측 : <input type="checkbox"/> 통과(pass) <input type="checkbox"/> 재검(refer) <input type="checkbox"/> 시행못함(fail) / 좌측: <input type="checkbox"/> 통과(pass) <input type="checkbox"/> 재검(refer) <input type="checkbox"/> 시행못함(fail)		
	2차	① 검사명 <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> AOAE	② 검사기관명	③ 검사일
	④ 금액(본인부담금)			
	⑤ 검사결과 우측 : <input type="checkbox"/> 통과(pass) <input type="checkbox"/> 재검(refer) <input type="checkbox"/> 시행못함(fail) / 좌측: <input type="checkbox"/> 통과(pass) <input type="checkbox"/> 재검(refer) <input type="checkbox"/> 시행못함(fail)			
9. 확진검사 (ABR 또는 ASSR이 반드시 포함되어야 함)	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
	<input type="checkbox"/> ABR			
	<input type="checkbox"/> ASSR			
	<input type="checkbox"/> DPOAE			
	<input type="checkbox"/> TEOAE			
	<input type="checkbox"/> Tympanometry			
	⑤ ABR(또는 ASSR) 검사결과 : 좌측 청력 : _____dB, 우측 청력 : _____dB			
10. 신생아중환자실 5일 이상 입원 <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> X				
지원금액 _____ 원 예금주) _____ 은행명) _____ 계좌번호) _____				
위와 같이 난청 (<input type="checkbox"/> 선별검사비 <input type="checkbox"/> 확진검사비) 지원을 신청합니다.				
20 _____ 년 _____ 월 _____ 일				
신청인 (서명) _____				
보건소장 귀하				
<제출서류>				
<ul style="list-style-type: none"> ● 주민등록등본 1부* ● 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부* <ul style="list-style-type: none"> - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능 ● 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지 각 1부 ● 지원금 입금계좌통장 사본 1부 				
* 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		

[서식 3]

선천시 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 제공하는 기관 및 사업 : 보건복지부(영유아난청관리팀), 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)
 - 미숙아 및 선천성이상이 의료비지원 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
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 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)