	배우고 공감하며 함께 성장하는 행복한 청평교육	**청평 가정 통신**	발행인: 청평초등학교장 담당자: 보건교사 이도겸

2021 알레르기 질환 의료비 지원 안내

1. **지원대상:** 질병기호 아토피피부염(L20), 천식(J45), 알레르기비염(J30) 진단받은 환아
2. **지원기준:** **가.** 건강보험료 본인부담금 기준 중위소득 100%이하 우선지원
   나. 안심학교 환아 우선 지원
   다. 예산 범위 내 안심학교 교장 및 담당교사가 추천하는 환아 지원
   라. 2021년에 받은 검사비·치료비·약제비만 해당
3. **지 원 액:** 환아 당 최대 40만원**(급여 및 비급여 항목 포함/약제비 지원 가능)**
   (※ 한의원 첩약은 해당되지 않음) ※ 예산범위 내 선착순 지원, 예산 소진 시 종료
4. **지원방법 : 환경성질환 예방관리센터 (숲의 약속) 사무실 직접제출 및 우편제출**
   ▷ 주소: 가평군 상면 축령로 289-126 / 담당자: 박초롱 ☎ 031-580-2772
5. **제출기한:** 2021. 7. 26.(월) 도착분에 한함
6. **제출서류:**
   ① 청구서 1부 (첨부1 작성)
   ② 진료확인서 1부 (**알레르기질환 상병코드 명시 필수**)
   ③ 진료비 및 약제비 영수증 원본 1부
   [**간이영수증 불가**, **약제비 영수증은 처방전과 같이 제출 시 인정**, 알레르기질환 단독 진료비 및 약제비 영수증 제출 (타 질환과 중복 진료 및 처방 시 지원 불가)]
   ④ 건강보험증(건강보험자격확인서) 사본 1부(**맞벌이 부부는 양쪽 모두 제출**)
   ⑤ 건강보험료 납부 확인서 1부(**'21년 1~6월분**, 군인(가족)은 1년분)
   ⑥ 주민등록등본 1부
   ⑦ 통장사본 1부

※ 건강보험 본인부담금 기준 중위소득 100% 이하 판정 기준 (2021년)

(단위: 원)

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	3,088,000	106,150	92,988	107,179
3인	3,984,000	137,051	129,575	138,050
4인	4,876,000	168,195	171,434	170,536
5인	5,757,000	200,355	212,560	203,558
6인	6,629,000	228,860	248,783	233,144

2021. 7. 15.

청 평 초 등 학 교 장

첨부 1

알레르기질환 의료비 청구서

본인은 □아토피피부염, □천식, □알레르기비염으로 인한 의료비(검사비, 약제비, 진료비)를 아래와 같이 청구하오니 지급하여 주시기 바랍니다.

아동 이름		**성별**	**(남□ 여□)**
학교(원) 이름		**나이**	**세**
부모 이름		**전화번호 :**	
진단명 및 질병코드			
주소			

의 료 비 지급계좌	**은행**	**계좌번호**	**예금주**

2021. . .

청 구 인 (서명 또는 인)

가평군보건소장 귀하