

접수처에서는 본 안내문을 신청자에게 제공하여 주시기 바랍니다.

2020년 개안수술비 지원안내 (만60세 이상)

E-mail. kfpb1004@hanmail.net / Fax. 02-719-6329

□ 지원질환

백내장, 망막질환, 녹내장, 눈물샘 등의 안과적 수술 (레이저 및 유리체강 내 주사 포함)

□ 접수 대상 및 기준

- ① 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자
- ② 「국민기초생활보장법」에 따른 차상위계층
- ③ 「한부모가족지원법」에 따른 지원대상자

□ 신청방법

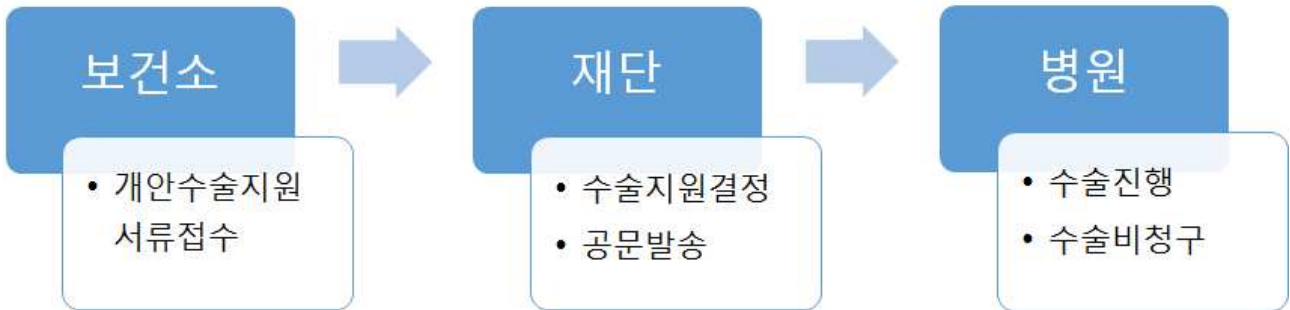
- ① 주소지 관할 보건소에서 접수, 대상자가 안질환 의료지원 신청서를 작성하여 해당 구비서류와 함께 제출 또는 담당 공무원이 대상자 발굴하여 신청 가능
 - ② 신청자 : 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인, 담당 공무원
- ※ 예산 소진 시 조기 마감될 수 있음

□ 구비 서류

- ① 안질환 의료지원 신청서 【서식 1호】 1부.
※ 의료지원 신청을 받은 관할 보건소장은 그 지원 대상(기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가족)에 해당하는지를 확인하여, 신청서의 구분란에 기재하여 주시기 바랍니다.
노인복지법 시행령 제20조의 2에 근거
 - ② 개인정보수집 및 이용제공동의서 【서식 2호】 1부. 개인정보보호법 제15조 및 17조에 근거
 - ③ 수술할 병원의 안과 진단서 또는 진료소견서 (수술명 기재) 1부. 최근 1개월 이내로 발급된 서류
 - ④ 기초생활수급자 · 차상위계층 · 한부모가족증명서(주민등록등본 추가 첨부) 1부.
- ※ 접수된 서류는 반환되지 않음

접수처에서는 본 안내문을 신청자에게 제공하여 주시기 바랍니다.

□ 지원 절차 및 방법



① 접수에서 지원까지 약 1개월 소요(응급 수술의 경우 별도)

② 유선 상담을 통해 결과 통보

※ 개안수술비 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비는 지원 불가

※ 지원 대상자로 선정된 후 3개월 유효

□ 지원범위

① 신청 질환과 관련한 수술비 및 사전 검사비 1회(혈액·소변·심전도·눈초음파)

② 아바스틴·루센티스·아일리아 주입술의 경우 지원 대상자 선정 후 3개월 이내 사전 검사 1회, 주사 2회

※ 단, 아바스틴 주입술은 식품의약품안전처 허가 또는 건강보험심사평가원 승인병원,

루센티스·아일리아·마카이드 주입술의 경우 급여·국민건강보험공단으로 청구 가능한 자료로서 진단서에 기재된 경우

③ 후발성백내장·망막·녹내장 등의 레이저 치료비 : 급여·국민건강보험공단으로 청구 가능한 경우

□ 지원제외

① 간병비, 상급병실료, 제증명료, 보호자 식대 등 비급여 항목

② 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비

③ 통원진료비

④ 특수렌즈(난시교정·다초점·조절성 인공수정체 등)

⑤ 안과 외 다른 진료과에서 발생된 의료비

⑥ 신청 시 첨부한 진단서 및 소견서에 기재되지 않은 내용으로 발생하는 의료비

⑦ 의료기관 입원 중 또 다른 의료기관을 이용함에 따라 발생하는 비급여 의료비

예) 요양병원 입원 중 다른 의료기관에 내원하여 수술을 받는 경우

안 질환 의료지원 신청서

접수번호	접수일	처리기간	10일
신청인	성명	대상자와의 관계	
	연락처 (자택)	(휴대폰)	
지원대상자	성명	주민등록번호	
	주소	전화번호	
	진단명	수술희망병원 (전화번호)	
구 분	<input type="checkbox"/> 의료급여1종 <input type="checkbox"/> 의료급여2종 <input type="checkbox"/> 국민기초생활수급자(의료급여 이외) <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 한부모가족		
비 고	개안수술비 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비는 지원불가 접수된 서류는 반환되지 않음		

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 개안수술비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건소장 귀하

첨부서류	1. 안과 진료소견서(또는 진단서) 1부 2. 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서 1부	모든 서류는 1개월 이내 발급
------	---	---------------------

행정정보 공동이용 동의서

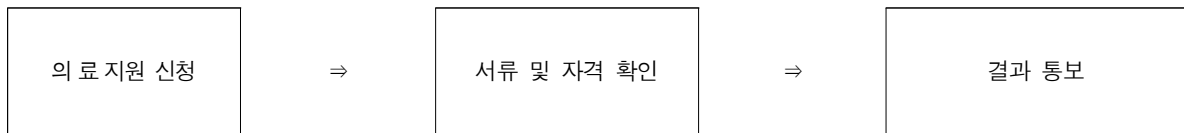
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 국민기초생활수급자증명서 및 차상위계층확인서 또는 한부모가족증명서를 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 않는 경우에는 신청자 본인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청자

(서명 또는 인)

처리 절차



신청자

시군구 보건소

시군구 보건소

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

개인정보 수집 및 이용 · 제공 동의서

동의자 성명 : _____ 주민등록번호 : _____

보건복지부는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 노인복지법 제27조의4(노인성 질환에 대한 의료지원)에 의한 업무를 처리함에 있어 상담, 검진, 수술 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용 관련 공공기관 및 단체에 동 개인정보를 제공합니다.

개인정보 수집·제공 항목

- 인적사항 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 「한부모가족지원법」에 따른 한부모가족 또는 같은 법 제5조의2에 따른 지원대상자 여부
- 관련사항 : 개안수술비 지원 신청서, 안과 진료소견서(또는 진단서)

개인정보 수집 및 이용·제공 목적

- 귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.
- 노인 안검진 및 개안수술 관련 상담
 - 노인 안검진 시행 및 개안수술비 지원
 - 노인실명예방사업에 대한 연구·통계·홍보

개인정보 보유 및 이용기간

- 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함
- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

개인정보 제공기관 및 제공방법

- 보건복지부, 보건소, 한국실명예방재단, 사회보장정보원, 수술시행 의료기관
- 상기 기관에 업무 담당자가 관련 자료송부 또는 시스템에 입력

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

상기명 본인은 “개인정보보호법” 및 관련 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.

년 월 일

동의인 : _____ (서명) 지원 대상자와의 관계 :

* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재

행정정보 공동이용 사전동의서

1. 이용사무별 공동이용 행정정보(구비서류)

이용 사무(이용목적)	공동이용 행정정보	동의여부 (동의시 서명 또는 인)
노인실명 예방사업	건강·장기요양보험료납부확인서 (개인_지역가입자)	
	건강·장기요양보험료납부확인서 (개인_직장가입자)	
	건강보험자격확인서	
	주민등록표 등·초본	

2. 이용기관의 명칭 : _____ 보건소

3. 정보주체(본인)동의사항 등

○ 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인 등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는데 동의합니다.

○ 만일 위 행정정보를 이용기관이 처리에 대해 본인이 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 그 해당 부분에 대해서는 직접 서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일

대상자 본인 성 명 : (서명 또는 인)

생년월일 :

전화번호 :