



기준 중위소득의 80% 이하인 가구

- 가족 수는 주민등록등본을 기준으로 하되 실질적으로 생계 및 주거를 같이하는 2촌 이내 혈족, 직계 존·비속, 배우자로 한정
- 아래 금액은 건강보험료 기준 금액임
- 세대 내 가입자(피부양자 제외)가 2인 이상인 경우 보험료 합산

※ 건강보험료 납부 확인 시 최근 3개월 평균 금액을 기준으로 함

가구 원수	기준 중위소득 80%(원)	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합 (직장+지역)
1인	1,338,000	42,099	12,761	42,168
2인	2,278,000	71,374	59,490	71,788
3인	2,947,000	92,410	95,295	93,448
4인	3,615,000	112,792	126,195	114,241
5인	4,284,000	133,811	153,025	135,662
6인	4,953,000	156,121	176,921	158,193
7인	5,622,000	176,657	197,937	179,545
8인	6,291,000	198,786	221,190	202,519
9인	6,960,000	218,525	243,150	223,032
10인	7,628,000	242,183	266,785	249,924

저소득 아토피피부염 환자 보습제 지원 안내



지원대상

- 만18세 미만
- 아토피피부염(L20)으로 병·의원에서 진단받은 자
- 국민기초생활수급자, 의료급여수급자 또는 기준 중위 소득 80% 이하인 가구
- 수원시에 주민등록이 등재되어 있는 자

지원내용

- 아토피상담센터 등록자에 한하여 보습제 제공
- 등록 재신청자에 한하여 3개월 이후 재지급(분기 1회)

제출서류

- 저소득증명서
- 건강보험증(의료급여증), 건강보험료 납부확인서(최근 3개월)
- 진단서 원본
- 아토피피부염으로 진단(상병코드 L20 기재필)
- 주민등록등본(필요시 가족관계증명서 추가)

수원시영통구보건소

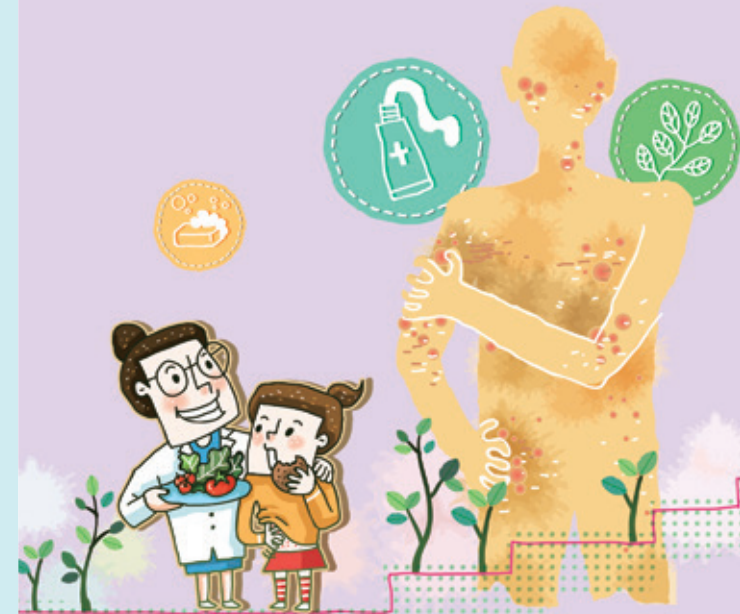
16703 수원시 영통구 영통로 396
(한국지역난방공사 수원지사 옆)

아토피상담센터 ☎ 228-8821



2018년도

아토피질환 의료비 및 보습제 지원 안내



수원시영통구보건소
아토피상담센터
☎ 031) 228-8821

아토피질환 의료비 및 보습제 지원



수원시에서는 아토피질환으로 고통을 받는 영유아 및 청소년이 건강하게 성장하고 학습할 수 있도록 **만18세 미만 저소득가정을 대상으로 아토피질환 의료비 및 보습제**를 지원합니다.

아토피질환 의료비 지원 안내

지원대상

- 만18세 미만
- 아토피피부염(L20), 알레르기비염(J30), 천식(J45, J46)으로 병·의원 또는 한방 병·의원에서 진단을 받은 자
단 알레르기비염은 아토피피부염 진단받은 자에 한함.
- 국민기초생활수급자·의료급여수급자 또는 기준 중위 소득의 80% 이하인 가구
- 수원시에 주민등록이 등재되어 있는 자

신청서 제출 | 각 구 보건소 건강증진팀



장안구보건소 ☎ 228-5823
권선구보건소 ☎ 228-6421
팔달구보건소 ☎ 228-7758
영통구보건소 ☎ 228-8821

의료비 신청서 제출 서류

- 1_ 신청서 1부 · 보건소 비치
- 2_ 저소득증명서
 - 건강보험증, 건강보험료납부확인서(2018)
 - 의료급여증(수급자증명서)
- 3_ 병·의원 진단서 원본
 - 상병코드 및 아토피질환으로 진료한 날짜가 각각 기입되어야 함
- 4_ 주민등록등본(필요시 가족관계증명서 추가)
- 5_ 영수증 원본
 - 제출한 영수증 날짜별로 진료(병·의원 등) 및 투약사실(약국)이 확인되어야 함
(※ 약국 : 처방전 + 약국 영수증)
- 6_ 신청자 주민등록증
- 7_ 통장 사본



지원내용

- 1인 최대 300,000원 지원(건강기능식품 제외)
- 진료비(한의원 진료비 포함), 약품구입비, 원인물질검사비

네블라이저 지원 신청

- 네블라이저 1대
- 천식(J45, J46) 환자로 네블라이저가 필요함을 증명하는 병·의원 발행 진단서와 저소득증명서 제출

대상기한

- 2018년도에 발생한 의료비에 한함

신청서 제출기한

- 2018년 12월 31일까지 접수

