

# 2024년 경기도 정신건강 외래치료비 지원 신청서

청년  노인

※ 해당 항목에  표시(필수)  신규접수  추가접수

접수번호

## ■ 환자(본인) 정보

성명	성별	(남 / 여)	생년월일
주소	전화번호		
질병코드	F	초진 연도	* 어르신마인드케어 신청 시 해당없음.
치료 병원명	※ 치료 병원이 2곳 이상이면 병원명 모두 기재		

## ■ 신청자 정보 ※ 환자(본인) 정보와 신청자가 동일한 경우, 관계 '본인' 체크(✓) 후 성명, 전화번호 미기재 가능

환자와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 보호자(가족) <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	성명	전화번호
---------	--	----	------

## ■ 신청 내용

신청금액	원	환자와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 보호자(가족) <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 ( )
수령정보	은행명	예금주	계좌번호

※ 환자(본인)와 예금주(수령인)이 다를 시 작성

환자(본인) \_\_\_\_\_ (은)는 예금주(수령인) \_\_\_\_\_ (에)게 치료비 수령을 위임하며, 대리 수령인에게 지급된 치료비에 따른 일체의 책임을 환자(본인)이 질 것을 확인합니다.

동의(확인) 여부	<input type="checkbox"/> 동의(확인)함	환자(본인) 서명
-----------	----------------------------------	-----------

## ■ 필수 안내사항

- 부정청구(거짓, 허위 청구, 과다 청구, 중복청구, 목적 외 사용, 오지급)로 치료비를 지원 받은 경우 반드시 지원받은 비용 및 부정이익(이자)을 반환하여야 하며, 반환하지 않을 시 형법 및 관련법률(공공재정환수법 제2장(부정이익 등의 환수 및 제재 부가금의 부과·징수 등))에 의해 처벌 받을 수 있음.
- 신청서 제출 후 예산 소진, 지원 대상 부적합, 서류 불충분 등의 사유로 지원 불가할 수 있음

## ■ 개인정보 수집 및 이용 동의 ※ 2024년 신규접수 시 최초 1회 작성 (연 내 추가접수 시 작성하지 않아도 됨)

개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감 정보의 처리 제한), 제24조(고유식별정보의 처리 제한) 등에 따라 귀하의 동의를 받고자 합니다. 귀하의 동의를 거부할 권리가 있으며 동의 거부 시에는 서비스 제공은 제한됩니다. 개인정보(민감정보) 수집 및 이용에 동의하십니까?

수집·이용 목적	경기도 치료비 지원 관련 대상자 선정 및 관리, 부정·중복 수급여부확인, 사업 수행 및 관련 정책에 필요한 경우 활용 등
제공받는 기관	시·도 및 시·군·구 보건소 및 정신건강복지(자살예방)센터, 서비스 제공 및 중복지원 확인을 위한 제 3자 등
보유·이용 기간	동意的한 날로부터 10년까지
정보수집 내용	성명, 성별, 생년월일, 주소, 전화번호, 은행 계좌번호, 질병코드 등 대상자·신청자의 인적 정보 및 정신질환 관련 정보 등

동의 여부	<input type="checkbox"/> 동의함	동의날짜	2024년	월	일	환자(본인) 서명	(인)
-------	------------------------------	------	-------	---	---	-----------	-----

상기 신청인은 위의 내용을 숙지하고, 경기도 정신건강 외래치료비 지원을 신청합니다.

신청일	2024년	월	일	신청인	(인)
-----	-------	---	---	-----	-----

시(군)정신건강복지(자살예방)센터장 귀하

## 2024년 경기도 청년 및 노인 정신건강 외래치료비 지원 신청 구비서류 안내

① 경기도 정신건강 외래치료비 지원 신청서 [서식 1] (신청 시 마다 제출)

② 치료비 계산서·영수증(정신의료기관) 원본 (신청 시 마다 제출)

○ 원본 제출이 원칙

- 다만, 영수증을 분실한 경우에는 타 기관 중복사용 여부 확인한 후 재발행 영수증, 원본대조필 날인 영수증 사본, 인터넷 발급 영수증 혹은 진료비 납입확인서로 대체 가능
- 납부 금액만 기재된 영수증(진료비 납입 확인서 등)의 경우 정신질환 치료 관련 치료비 여부 확인을 위해 필요 시 별도 서류(진료과목, 진료항목, 치료비 부담내역 등의 확인할 수 있는 세부 영수증) 제출 요청 가능
- 정신의료기관 부설 심리상담기관에서 진행한 경우 영수증과 [서식2] 정신의료기관 부설 심리상담기관 확인서 제출
- 원외처방으로 인한 약제비 영수증 별도 제출 시 약품(성분)명이 기재된 약국(봉투) 영수증 또는 약제비 계산서·영수증\* 제출  
\*약제비 계산서·영수증 : 약국 발행(정신건강의학과에서 처방된 약품만 발행), [본인부담금] 및 [보험자부담금], [비급여] 항목 구분 가능하여야 하며 서류 명칭은 약국마다 상이할 수 있음. ※참고 : 부록3

③ 질병코드 및 초진 연도 확인 서류 (최초 1회 제출)

[청년마인드케어]

○ 질병코드 F20~48 및 초진 연도 반드시 포함

- ㉠ 처방전 또는 초진기록지 또는 전문의 소견서 또는 진단서 또는 진료기록 사본 등
- 각 다른 의료기관의 영수증 제출 시, 모든 의료기관에 대한 질병코드 확인 서류 제출 필요
- 의료기관 변경 시, 변경된 의료기관에서 발급 받은 질병코드 확인 서류 추가 제출 필요

○ 최초 진단 연도, 초진 연도가 기입되어 있을 경우 그 해를 초진 연도로 기산

○ 최초 진단, 초진 연도가 명확히 기재되지 않은 서류 제출 시, '초진' 또는 '처음' 이라는 단어와 해당연도가 함께 기재되어 있어야 함.

- 기 지원 대상자인 경우 초진 연도 확인 서류 제출하지 않아도 무관함.

○ 확인 서류 : 신청일 기준, 3개월 이내 발급

[어르신마인드케어]

○ 질병코드 F32~39 반드시 포함

- ㉠ 정신건강의학과에서 발행한 처방전 또는 전문의 소견서 또는 진단서 또는 진료기록 사본 등
- 각 다른 의료기관의 영수증 제출 시, 모든 의료기관에 대한 질병코드 확인 서류 제출 필요
- 의료기관 변경 시, 변경된 의료기관에서 발급 받은 질병코드 확인 서류 추가 제출 필요

○ 확인 서류 : 신청일 기준, 3개월 이내 발급

④ 경기도민 확인 서류

○ 주민등록표초본

- 신청일 기준, 3개월 이내 발급

제출한 치료비 계산서·영수증의 진료기간 내 경기도민임이 확인되어야 함.

- 등록 대상자는 퇴록 전까지 처음 제출한 구비서류로 지원 가능하며, 미등록 대상자는 3개월 마다 경기도민 여부 확인 필요

⑤ 수령 방법 관련 서류 (수령 방법 변경 시 변경된 서류 제출)

○ 수령인이 **환자(본인)**인 경우 : 통장 사본, 신분증 앞면 사본

- 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권, 복지카드, 외국인등록증) 사본

○ 수령인이 **보호자(가족)**인 경우 : 통장 사본, 보호자 신분증 사본, 보호자(가족) 관계 확인 서류

- 보호자(가족) 관계 확인 서류 : 신청일 기준, 3개월 이내 발급

○ 수령인이 **의료기관**인 경우 : 통장 사본, 사업자등록증 사본

○ 수령인이 **기타**인 경우 : 통장 사본, 수령인 신분증 사본, 환자와의 관계 확인 서류 등

- 관계 확인 서류 : 신청일 기준, 3개월 이내 발급

⑥ 필요 시, 기타 서류

○ 외국인의 경우, 「(보건복지부) 정신질환자 치료비 지원 사업 안내」에 따른 증명서류 제출

▶ 2024년 1월 1일 발생 분부터 연내(올해 안) 신청

- 2024년 내 신청하였더라도 예산 소진 시 지원 불가
- 치료 전 결제 불가, 외래치료 받은 결제 건에 한하여 지원
- 구비서류 미충족 시, 실제 지원 대상에 해당하더라도 지원 불가
- 예산 소진 또는 증빙서류 검토 시 부적합한 경우(영수증 이중 제출 등) 지원 불가
- 지원받은 대상자가 차기 연도에 지원받을 수 있는지는 매년 확인 필요