

임산부 관리





① 건강관리의 날 운영

- ▣ 일 시: 매주 수요일, 매월 넷째주 토요일(09:00~12:00)
- ▣ 대 상: 가임기 여성 및 임산부
- ▣ 내 용
 - 가임기 여성 건강검진 및 엽산제 지원(신혼부부 임신테스트기 지원)
 - 임신부 등록 및 기초검사(체중, 혈압, 당·단백뇨 등)
 - 임신부 영양제 및 출산용품 지원(엽산제, 철분제, 출산용품)
 - * 엽산제는 부부모두 지원
 - 의뢰서 발급(임부초음파, 태아 기형아 검사)
 - 임신부 안전벨트 지원
 - 유축기 대여

② 관내 산부인과 산후조리(입원)비 지원

- ▣ 내 용
 - 분만 후 건강보험 미적용 기간의 연장 입원비
 - 1인당 최대 5일간 지원
- ▣ 신청방법: 보건소 방문 후 신청서 작성 → 병원 제출

③ 2군2군 출산준비교실 운영

- ▣ 기 간: 3, 6, 9, 11월(분기별 1회/월별 6차 시)
- ▣ 장 소: 보건소 회의실 2층
- ▣ 대 상: 임산부 및 예비아빠
- ▣ 내 용
 - 임신·분만·출산 교육, 임신부 및 영유아 구강관리
 - 손싸개 등 만들기 프로그램, 임신부 요가 등

④ 건강한 모유수유아 선발대회

- ▣ 일 시: 9월 중
- ▣ 대 상: 생후 4~8개월 된 모유수유아
- ▣ 내 용: 모유수유아 선발 및 시상
 - * 일정은 내부사정에 따라 변경 될 수 있음

⑤ 임신부의 날 행사

- ▣ 일 시: 9월 중
- ▣ 대 상: 임산부 및 가족
- ▣ 내 용: 임신과 출산에 대한 강의 및 임산부 배려 캠페인 등
 - * 타 행사와 병행추진 할 수도 있음.
- ▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6862 FAX 931-9793

고위험 임산부 의료비 지원

■ 대 상

- 조기진통, 양막의 조기파열, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증, 고혈압, 다태임신, 당뇨병, 대사장해를 동반한 임신과다구토, 신 질환, 심부전, 자궁내 성장제한, 자궁 및 자궁의 부속기 질환 19대 질환

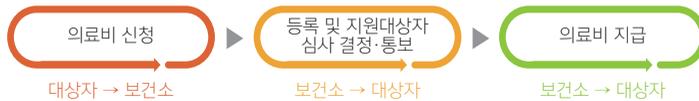
■ 신청기간: 분만일로부터 6개월 이내

■ 선정기준: 기준 중위소득 180%이하 가구, 기초생활수급자 및 차상위계층

■ 구비서류

- 의사진단서, 입·퇴원진료확인서, 진료비 영수증, 진료 세부 내역서, 출생증명서(등본에 확인 불가시), 주민등록등본, 통장사본, 건강보험증 사본, 건강보험납부확인서, 신분증

■ 지원절차



■ 지원기준(기준 중위소득 180%이하가구)

【2020년 가구원수·가입유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

가구원수	기준중위소득 (180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,386,000	180,237	185,031	183,101
3인	6,967,000	233,076	249,194	237,652
4인	8,549,000	286,647	308,952	298,124
5인	10,130,000	343,406	368,522	368,580
6인	11,711,000	402,261	426,790	437,059
7인	13,301,000	471,545	495,914	519,517
8인	14,892,000	519,517	544,044	602,065

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

※ 보험료는 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액, **맞벌이부부는 건강보험료 수준이 낮은 배우자의 보험료를 50%합산**

■ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-5954, FAX 931-9793

난임부부 시술비 지원

- ▣ 대상: 연령기준 없음 (단, 연령에 따른 차등지원)
- ▣ 신청기준: 기초생활수급자 및 기준중위소득 180% 이하 가구
- ▣ 지원내용

적용대상 연령(여성 기준)		만44세 이하	만45세 이상
체외수정	신선배아	1~4회	110만원
		5~7회	90만원
	동결배아	1~3회	50만원
		4~5회	40만원
인공수정	1~3회	30만원	20만원
	4~5회	20만원	

- ▣ 구비서류: 난임진단서, 주민등록 등본, 건강보험 자격확인서, 건강보험료 납부확인서

▣ 지원절차



- ▣ 지원기준(기준 중위소득 180%이하가구)

【2020년 가구원수·가입유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

가구원수	기준중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,386,000	180,237	185,031	183,101
3인	6,967,000	233,076	249,194	237,652
4인	8,549,000	286,647	308,952	298,124
5인	10,130,000	343,406	368,522	368,580
6인	11,711,000	402,261	426,790	437,059
7인	13,301,000	471,545	495,914	519,517
8인	14,892,000	519,517	544,044	602,065

* 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

* 보험료는 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액, **맞벌이부부는 건강보험료 수준이 낮은 배우자의 보험료를 50%합산**

- ▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-5954, FAX 931-9793

난임부부 한방치료비 지원

- ▣ 대 상: 만 44세 이하의 난임여성
- ▣ 소득기준: 없음
- ▣ 내 용: 침, 뜸, 한약 등 임신에 필요한 의료서비스 제공
- ▣ 관내 지정한의원: 바른한의원, 우리 한의원
- ▣ 지원한도: 전액본인부담금 및 비급여 최대 150만원
- ▣ 신청 및 문의: 모자보건팀 ☎ 930-6862, FAX 931-9793



임산부 관리

영구 피임시술자(정관·난관) 복원시술 지원

□ 대 상: 보령시 거주자 중 자녀를 희망하는 영구피임(정관·난관) 시술자

□ 지원금액: 1인 최대 1,000천 원
- 지원 금액은 의료보험 적용 본인부담금

□ 내 용
- 출산을 원하는 영구피임 시술자에게 복원시술비 지원

□ 구비서류: 진단서 또는 소견서, 주민등록 등본

□ 지원절차



□ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-5954, FAX 931-9793



아기에 관한 10가지 명언

- 아기를 가지면 삶이 바뀐다. 아기는 당신에게 왜 매일 아침에 일어나야하는 지에 대해서 이전과 다른 관점을 갖게 된다. _ 테일러 한슨
- 아기는 삶은 나가야한다는 신의 주장이다. _ 칼 샌드버그
- 아기의 얼굴을 바라보며 당신 육신의 조각과 정신을 보는 것은 특별하다. 이 경험은 당신이 인류의 부분임을 깨닫게 한다. _ 리암 니슨
- 아기가 다섯명이라는게 어떤걸까요? 물에 빠졌을 때를 떠올려보세요. 그리고 누군가가(물에 빠진) 당신에게 아기를 건네 줄때를... _ 짐 개피건
- 아기는 항우울제로 분류되어야한다. 생후 5개월의 아기와 있으면서 울망해지는 것은 정말 어려운 일이다. _ 짐 개피건
- 아기 하나는 당신을 부모로 만들어준다. 둘을 가지면 심판인 된다. _ 데이비드 프로스트
- 아기를 가지면 사랑은 자동적이고, 결혼하면 사랑을 얻는 것. _ 매리 오스먼드
- 새끼 독수리는 가족의 날개 아래서는 결코 날아오르지 않는다. _ 이우 양
- 아기는 사랑 받기러기 위해 태어난다. 아무리 자라도 그것을 뛰어넘지 못한다. _ 프랭트 클라크





영우아 관리

산모·신생아 건강관리 지원

- ▣ 대 상: 보령시에 주소를 둔 산모·신생아
- ▣ 신청기간: 출산 예정일 전 40일 ~ 출산 후 30일까지
- ▣ 지원내용

구 분	지원대상 및 내용	지원방법
정부지원 & 자체지원	【산모·신생아 건강관리 지원】 ○ 대 상: 보령시 주소를 둔 모든 산모·신생아 ※ 임신 만 4개월경과 후 발생한 유산·사산도 지원 대상	○ 서비스유형에 따른 지원 “국민행복카드” 결제
본인부담금 지원	○ 대 상: 보령시 주소를 둔 모든 출산가정 ○ 지원금액: 본인부담금 중 90%(최대40만원)	○ 서비스 완료 후 보건소 청구 → 대상자 지원
자녀돌보미 돌보미지원	○ 대 상: 동반자녀 모두(초등학생 포함) ○ 내 용: 산모·신생아 건강관리 지원 가정의 기존자녀에 대한 돌보미 비용 지원 - 1가구 / 1일 / 1인 / 5,000원	○ 서비스 신청 보건소 → 제공기관 (청구)

▣ 지원절차



- ▣ 구비서류: 주민등록 등본, 건강보험 자격확인서, 건강보험 납부확인서
 ※ 국민건강보험공단(1577-1000): 건강보험 자격확인서(납부확인서) 발급
- ▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6861, FAX 931-9793
- ▣ 지원기준(기준 중위소득 100% 이하 가구 20.1월~6월)

기준 중위소득 100%이하(장기요양보험료 미포함)				
가구원수	직장가입자	지역가입자	혼 합 (직장+지역)	비 고
2인	100,050	85,837	100,076	
3인	129,924	121,735	131,392	
4인	160,546	160,865	162,883	
5인	189,063	195,462	192,080	
6인	220,167	233,499	224,298	
7인	248,116	267,395	253,956	
8인	276,843	298,842	286,647	
9인	311,116	333,411	326,561	
10인	343,406	368,522	368,580	

▣ 지원기준(기준 중위소득 120% 이하 가구 '20.7월~)

기준 중위소득 120%이하(장기요양보험료 미포함)				
가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합 (직장+지역)	비고
1인	70,702	29,273		
2인	120,068	107,954	121,451	
3인	156,170	155,683	158,243	
4인	192,080	199,256	195,200	
5인	228,710	243,851	233,076	
6인	260,770	281,687	268,311	
7인	298,124	320,200	311,116	
8인	343,406	368,522	368,580	
9인	368,580	393,349	402,261	
10인	402,261	426,790	437,059	

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

※ 보험료는 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액, **맞벌이부부는 건강보험료 수준이 낮은 배우자의 보험료를 50%합산**

▣ 출산순위 및 서비스 기간

태아유형	출산순위	서비스 기간		
		단축형	표준형	연장형
단 태 아	첫째아	5일	10일	15일
	둘째아	10일	15일	20일
	셋째아 이상	10일	15일	20일
쌍 태 아	둘째아	10일	15일	20일
	셋째아 이상	15일	20일	25일
삼태아이상,증증장애 산모	구분없음	15일	20일	25일

▣ 산모·신생아 건강관리 제공기관

기관명	주소	전화번호
해피케어 홍성 보령지사	홍성군 홍성읍 의사로 36번길 53	934-3578(fax632-3571)
미소맘 홍성지사	홍성읍 홍북면 도청대로길 296	631-1788(fax634-1799)



영우아 관리

2020년 서비스 가격 및 정부지원금 1월~6월

구분		서비스 기간(일)			서비스 가격(천원)			정부지원금(천원)			본인부담금(천원)				
태아 유형	출산 순위	소득구간	소득유형	단축	표준	연장	단축	표준	연장	단축	표준	연장	단축	표준	연장
단태아	첫째아	자격확인	A-가-①형	5	10	15	580	1,160	1,740	509	870	1,175	71	290	565
		100% 이하	A-통합-①형							448	766	1,034	132	394	706
		100%초과(예외지원)	A-라-①형							356	609	822	224	551	918
	둘째아	자격확인	A-가-②형	10	15	20	1,160	1,740	2,320	1,045	1,340	1,608	115	400	712
		100% 이하	A-통합-②형							920	1,179	1,415	240	561	905
		100%초과(예외지원)	A-라-②형							732	938	1,125	428	802	1,195
	셋째아 이상	자격확인	A-가-③형	10	15	20	1,160	1,740	2,320	1,086	1,392	1,670	74	348	650
		100% 이하	A-통합-③형							955	1,225	1,470	205	515	850
		100%초과(예외지원)	A-라-③형							760	974	1,169	400	766	1,151
쌍태아 (중증 + 단태아)	인력 1명	자격확인	B-가-①형	10	15	20	1,500	2,250	3,000	1,457	1,869	2,244	43	381	756
		100% 이하	B-통합-①형							1,283	1,646	1,977	217	604	1,023
		100%초과(예외지원)	B-라-①형							1,022	1,311	1,575	478	939	1,425
	인력 2명	자격확인	B-가-형	10	15	20	2,050	3,075	4,100	1,981	2,533	3,091	69	542	1,009
		100% 이하	B-통합-형							1,702	2,215	2,734	348	860	1,366
		100%초과(예외지원)	B-라-형							1,284	1,738	2,198	766	1,337	1,902
삼태아 이상 (중증+쌍태아 이상)	인력 2명	자격확인	C-가형	15	20	25	3,480	4,640	5,800	3,405	4,055	4,712	75	585	1,088
		100% 이하	C-통합형							3,105	3,713	4,327	375	927	1,473
		100%초과(예외지원)	C-라형							2,654	3,199	3,748	826	1,441	2,052

2020년 서비스 가격 및 정부지원금 7월~12월

구분				서비스 기간(일)			서비스 가격(천원)			정부지원금(천원)			본인부담금(천원)		
태아 유형	출산 순위	소득구간	소득유형	단축	표준	연장	단축	표준	연장	단축	표준	연장	단축	표준	연장
단태아	첫째아	자격확인	A-가-①형	5	10	15	580	1,160	1,740	509	870	1,175	71	290	565
		120% 이하	A-통합-①형							448	766	1,034	132	394	706
		120% 초과(예외지원)	A-라-①형							356	609	822	224	551	918
	둘째아	자격확인	A-가-②형	10	15	20	1,160	1,740	2,320	1,045	1,340	1,608	115	400	712
		120% 이하	A-통합-②형							920	1,179	1,415	240	561	905
		120% 초과(예외지원)	A-라-②형							732	938	1,125	428	802	1,195
	셋째아 이상	자격확인	A-가-③형	10	15	20	1,160	1,740	2,320	1,086	1,392	1,670	74	348	650
		120% 이하	A-통합-③형							955	1,225	1,470	205	515	850
		120% 초과(예외지원)	A-라-③형							760	974	1,169	400	766	1,151
쌍태아 (중증 + 단태아)	인력 1명	자격확인	B-가-①형	10	15	20	1,500	2,250	3,000	1,457	1,869	2,244	43	381	756
		120% 이하	B-통합-①형							1,283	1,646	1,977	217	604	1,023
		120% 초과(예외지원)	B-라-①형							1,022	1,311	1,575	478	939	1,425
	인력 2명	자격확인	B-가-형	10	15	20	2,050	3,075	4,100	1,981	2,533	3,091	69	542	1,009
		120% 이하	B-통합-형							1,702	2,215	2,734	348	860	1,366
		120% 초과(예외지원)	B-라-형							1,284	1,738	2,198	766	1,337	1,902
장애의 정도가 심한 장애인	인력 2명	자격확인	C-가형	15	20	25	3,480	4,640	5,800	3,405	4,055	4,712	75	585	1,088
		120% 이하	C-통합형							3,105	3,713	4,327	375	927	1,473
		120% 초과(예외지원)	C-라형							2,654	3,199	3,748	826	1,441	2,052

영유아 관리



선천성대사이상 검사 및 환아관리 지원

① 선천성 대사이상 검사비 지원

- ▣ 대 상: 기준 중위소득 180%이하 가구 (외래 본인부담금 발생 시)
 ※ 다자녀(2명 이상)가구에서 출생한 신생아는 소득수준 관계없이 지원
- ▣ 검사내용: 선천성대사이상 선별검사 50여종
- ▣ 구비서류: 진료비 영수증, 진료비 상세 내역서, 통장사본

② 환아관리

- ▣ 대 상: 선천성대사이상 질환으로 진단된 자로서 특수조제분유 등의 의료비 지원이 필요한 만19세 미만의 환아
- ▣ 지원내용
 - 갑상선기능저하증 환아 / 연간 치료비 250천원 내에서 의료비(약제비) 지급
 - 선천성대사이상 환아 등: 특수조제분유 및 저단백식품 지원 등
- ▣ 구비서류: 주민등록 등본, 진단서, 통장사본, 진료비 세부내역서, 의료비 및 약제비 영수증
- ▣ 지원절차



- ▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6862, FAX 931-9793

청각 선별 검사비 지원 및 보청기 지원

① 청각 선별검사비 지원

- ▣ 대 상: 기준 중위소득 180%이하 가구 (외래 본인부담금 발생 시)
* 다자녀(2명 이상)가구에서 출생한 신생아는 소득수준 관계없이 지원
- ▣ 검사내용: 청각선별검사(AABR, AOAE) 및 확진검사 본인부담금
- ▣ 구비서류: 진료비 영수증, 진료비 상세 내역서, 통장사본

② 난청 확진자에 대한 보청기 지원

- ▣ 대 상: 난청을 확진 받았으나 장애 등급을 받지 못한 경우
- ▣ 지원사항: 영유아 1명당 1개의 보청기 지원(131만원)
- ▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6862, FAX 931-9793

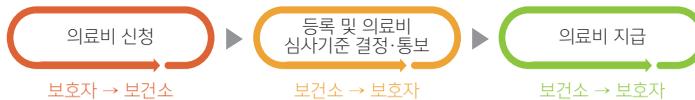


미숙아·선천성이상아 의료비 지원

- ▣ 대 상: 기준 중위소득 180%이하 가구

 - 미숙아: 임신 37주 미만의 출생아 또는 체중 2,500g 미만 출생아 이며, 24시간 이내 긴급한 수술 및 치료가 필요하여 신생아 중환자실에서 입원한 환자
 - 선천성이상아: 출생 후 28일 이내 질병코드 Q로 시작하는 선천성 이상아로 진단받은 환아로 출생 후 6개월 이내 선천성이상을 치료하기 위하여 입원하여 수술한 의료비
- ▣ 구비서류: 진료비영수증 원본, 통장사본, 출생증명서, 주민등록 등본, 질병명이 포함된 진단서 사본, 건강보험증 사본, 건강보험납부확인서

▣ 지원절차



▣ 지원 기준표(기준 중위소득 180% 이하 가구)

【2020년 가구원수·가입유형별 기준중위소득 180% 이하 판정 기준표】

(단위 : 원)

가구원수	기준중위소득 (180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,386,000	180,237	185,031	183,101
3인	6,967,000	233,076	249,194	237,652
4인	8,549,000	286,647	308,952	298,124
5인	10,130,000	343,406	368,522	368,580
6인	11,711,000	402,261	426,790	437,059
7인	13,301,000	471,545	495,914	519,517
8인	14,892,000	519,517	544,044	602,065

- ※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임
- ※ 보험료는 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액, **맞벌이부부는 건강보험료 수준이 낮은 배우자의 보험료를 50%합산**

▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-5954, FAX 931-9793

저소득층 기저귀·조제분유 지원

■ 기저귀 지원 대상

- 기초생활보장, 차상위 계층, 한부모 가족 자격보유 및 기준중위소득 80%이하의 장애인 가구 및 다자녀 (둘째 이상) 가구 / 0~24개월

■ 조제분유 지원대상

- 산모가 질병·사망으로 모유수유가 불가능한 경우
- 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁 아동, 한부모(부자·조손)가정
- 산모의 의식불명, 뇌출혈, 상반신 마비, 장기간(4주 이상)입원 치료의 경우

■ 지원금액: 기저귀 / 월 64천원, 조제분유 / 월 86천원

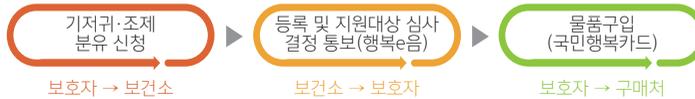
■ 지원방법: “국민행복카드” 포인트 지급

■ 구매처

- 온 라 인: G마켓, 옥션, 우체국 쇼핑 전화주문 가능(1588-1300)
- 오프라인: 중소기업청 등록 “나들가게”, 이마트, 롯데마트

■ 구비서류: 주민등록 등본, 건강보험카드, 건강보험납부확인서, 자격확인서(기초생활보장, 차상위 계층, 한부모 가족)

■ 지원절차



■ 지원기준(기준 중위소득 80% 이하)

가구원 수	소득 기준	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인	2,394,000	79,924	45,003	80,076
3인	3,096,000	104,090	95,023	105,268
4인	3,799,000	126,909	118,159	128,407
5인	4,502,000	151,927	150,605	153,994

※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임

※ 보험료는 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액, **맞벌이부부는 건강보험료 수준이 낮은 배우자의 보험료를 50%합산**

■ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6861, FAX 931-9793

베이비 마사지 교실 운영

- ▣ 기 간: 3월~ 10월(연 7기 운영 / 기당 1개월 / 8월 제외)
- ▣ 장 소: 홈플러스 보령지사 문화센터 2층
- ▣ 대 상: 보령시에 주소를 둔 4 ~ 7개월 된 영아
- ▣ 내 용: 성장발달 마사지 이론 및 마사지 실습, 음악놀이 등
- ▣ 구비서류: 주민등록 등본
- ▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6862, FAX 931-9793



영유아 관리

영유아 건강검진

- 대 상: 만 6세 미만 영유아
 - ※ 대상자는 국민건강보험공단에서 사전 안내문 발송
- 검진기관: 소아청소년과 의원 4개소, 명천가정의원, 관내치과
- 검진항목: 5개 분야 21개 항목

검진 항목	검진 시기						
	4개월	9개월	18개월	30개월	42개월	54개월	66개월
문진 및 진찰	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
신체계측	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
발달평가 및 상담		◎	◎	◎	◎	◎	◎
건강교육	안전사고예방	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	영양	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	수면	◎					
	구강		◎				
	취학전준비						◎
구강검진			◎		◎	◎	

□ 검진 절차



□ 발달장애 정밀 진단비 지원

- 대 상: 검진대상자 중 의료급여수급자와 건강보험료 하위 50% 이하 인자로 영유아 건강검진(발달평가) 결과 “정밀평가 필요”로 통보된 대상
- 지원금액: 의료수급권자 최대 40만원, 건강보험 최대 20만원
- 구비서류: 건강검진 진단결과 통보서, 검사비 영수증, 검사 세부내역서, 발달장애 정밀검사 결과지, 통장 사본, 건강보험증 사본, 건강보험 납부확인서, 의료급여수급자 증명서, 차상위계층 증명서

□ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6863, FAX 931-9793

아토피·천식 환아 관리 지원

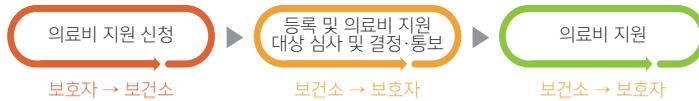
① 아토피 환아 보습제 지원

- ▣ 대 상: 아토피피부염으로 진단 받은 만 12세 이하 환아
- ▣ 구비서류: 주민등록 등본, 질병코드 포함한 진단서나 소견서(L20, H21.4, H26.7 등)

② 저소득층 아토피·천식 환아 의료비 지원

- ▣ 대 상: 기준 중위소득 80%이하 가구의 만 12세 이하 환아
- ▣ 내 용: 연 20만원까지 지원(의료비 및 약제비)
- ▣ 구비서류: 주민등록 등본, 진료비 및 약제비 영수증, 건강보험카드, 건강보험 납부확인서, 통장사본, 질병코드가 포함된 진단서나 소견서 (L20, H21.4, H26.7, J45, E04.1 등)

▣ 지원절차



▣ 지원기준(기준 중위소득 80% 이하)

가구원 수	소득 기준	건강보험료 본인부담금(원) (장기요양보험료 미 포함)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인	2,394,000	79,924	45,003	80,076
3인	3,096,000	104,090	95,023	105,268
4인	3,799,000	126,909	118,159	128,407
5인	4,502,000	151,927	150,605	153,994

- ※ 건강보험료 본인부담금 : 노인장기요양보험료 미포함 금액임
- ※ 보험료는 신청일 기준 전월 건강보험료 고지금액, 맞벌이부부는 건강보험료 수준이 낮은 배우자의 보험료를 50%합산

▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6863, FAX 931-9793



영양관리

임산부 및 영유아 영양플러스

- ▣ 모집시기: 3, 6, 9, 12월(년 4회)
- ▣ 대 상: 기준중위소득 80%이하의 영유아 및 임산부
- ▣ 내 용: 영양평가 실시로 영양위험요인이 발견된 대상자들에게 영양 개선을 위한 영양교육 및 보충식품 지원 등
- ▣ 선정기준
 - 빈혈, 저체중, 성장부진, 영양섭취 불량 중 한가지 이상의 영양위험요인 보유자
 - ※ 중위소득 65% 이하: 무료지원
 - 중위소득 65%~80% 이하: 90% 정부지원(10% 본인부담)
- ▣ 구비서류: 주민등록등본, 수급자·차상위증명서(해당자만 제출)

▣ 지원절차



▣ 지원기준(기준 중위소득 80% 이하)

가구원 수	소득 기준	건강보험료 본인부담금(원) (장기요양보험료 미 포함)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인	2,394,000	79,924	45,003	80,076
3인	3,096,000	104,090	95,023	105,268
4인	3,799,000	126,909	118,159	128,407
5인	4,502,000	151,927	150,605	153,994

※ **보험료**는 신청일자 기준 최근월 건강보험료 고지금액, **맞벌이 인 경우** 부부 모두 합산

▣ 신청 및 문의: 보건소 모자보건팀 ☎ 930-6863 FAX 931-9793