

# 2025 모자보건 지원사업



처인구보건소  
CHEON-GU PUBLIC HEALTH CENTER

경기도 용인시 처인구 중부대로 1199  
용인시콜센터 : 1577-1122



## 예비부모 건강검진 지원 사업

031) 6193-0175, 0172

### 신청대상

관내 예비, 신혼부부 등 첫 임신을 준비 중인 예비부모

#### 비용

무료

(1회)

한정

**대상자**  
용인시에 주소를 둔 결혼 예정 및 신혼부부 중 아래 기간에 해당하는 부부  
• 혼인신고 전 : 결혼식 전 2개월 ~ 결혼식 후 3년 이내  
• 혼인신고 후 : 신고 후 3년 이내  
※ 예비부모 중 한 명이라도 용인시로 주소가 되어 있을 경우, 예비부모 둘 다 무료검진 가능

※ 예약 및 금식 불필요

### 검사시간

평일 오전 9:00~11:30 / 오후 13:00~17:30

※ 접수 및 검사시간 약 20분 소요되므로 마감시간 30분 전까지 내방 요망

### 검사항목

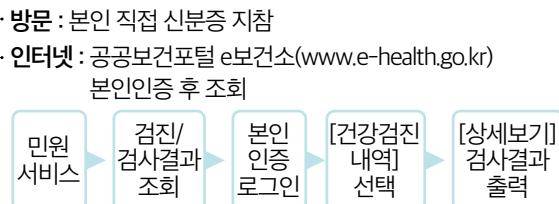
백혈구수, 적혈구수, 혈색소, hematocrit, 혈소판수, B형간염, 매독, 에이즈, 결핵(흉부 X-ray), 풍진항체검사(여성만 해당)

### 제출서류

① 신분증    ② 혼인관계증명서 또는 예식장 계약서

### 검사결과

검사 7~10일 후



## 임신 사전건강관리 지원사업

031) 6193-0175, 0172

### 신청대상

모든 20~49세 남녀 중 가입력 검사 희망자

※ 결혼 여부 및 자녀 수 무관

※ 15~19세 남녀 중 부부(예비부부, 사실혼 포함) 지원 가능

※ 내국인 배우자가 있는 외국인 지원 가능(비자 조건 없음)

### 지원항목

- 여성 : 난소기능검사(AMH), 부인과 초음파
- 남성 : 정액검사(정자정밀형태검사)

### 지원금액

- 여성 : 최대 13만원
- 남성 : 최대 5만원

### 지원횟수

주요 주기별 1회, 최대 3회 지원

※ 29세 이하(제1주기), 30~34세(제2주기), 35~49세(제3주기)

### 신청 방법

#### 지원 신청

##### 온라인

e-보건소([www.e-health.go.kr](http://www.e-health.go.kr))

##### 방문

주소지 관할 보건소

#### 지원 결정 및 검사의뢰서 발급

보건소 담당자의 지원 결정 후 검사의뢰서  
발급(e보건소에서 확인 가능)  
※ 의료기관 방문 시 검사의뢰서(출력물 또는  
모바일 화면) 제시

#### 검사 및 결과상담

**기간** 신청일로부터 3개월 이내  
**방법** 사업 참여 의료기관\*에서 검사  
\* e보건소에서 확인 가능

#### 검사비 청구 및 지급

**기간** 검사일로부터 1개월 이내  
**방법** 온라인(e보건소) 또는 보건소 방문  
※ 청구일로부터 3개월 이내 지급

### 제출서류

#### 구분

#### 목록

- |     |  |
|-----|--|
| 내국인 | ① 임신 사전건강관리 지원 신청서   |
|     | ② 개인정보 수집 이용 및 제3자 제공 동의서  |
|     | ③ 신청자 주민등록등본(또는 행정정보 공동이용 사전동의서)<br>※ 온라인 신청 시 제출서류 없음<br>※ 15~19세 부부 대상자 (필요시) 혼인 증빙서류 제출 |

#### 신청 외국인

- |     |   |
|-----|---|
| 외국인 | ①, ② 내국인과 동일  |
|     | ③ 신청일 기준 외국인등록사실증명 또는<br>국내거소신고사실증명(또는 행정정보 공동이용 사전동의서) |
|     | ④ 내국인 배우자의 주민등록등본(또는 배우자의 행정정보<br>공동이용 사전동의서)           |
|     | ⑤ (필요시) 혼인증빙서류<br>※ 온라인 신청 시 ④, ⑤ 첨부파일로 제출              |

#### 청구

- |    |                                    |
|----|------------------------------------|
| 청구 | ① 임신 사전건강관리 지원사업 검사비 청구서           |
|    | ② 외래 진료비 계산서·영수증                   |
|    | ③ 진료비 세부산정내역(세부내역서)                |
|    | ④ 본인 명의의 통장 사본                     |
|    | ※ 온라인 신청 시 청구서 제외 나머지 서류만 첨부파일로 제출 |

※ 추가 문의는 관할 보건소 또는 129

## 난임부부 시술비 지원사업

031) 6193-0175, 0171

<b>지원대상</b>	소득수준, 거주기한 관계 없이 임신을 희망하는 모든 난임부부									
<b>지원자격</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정부지원 난임 시술 의료기관의 난임시술 의사에게 발급받은 '난임진단서' 제출자</li> <li>법적 혼인상태에 있거나, 신청일 기준 최근 1년간 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소로부터 확인된 난임부부(매 회차 시마다 지원신청 접수일 기준)</li> <li>부부 중 최소 한명은 대한민국 국적 소유자이면서, 부부 모두 건강보험가입 및 보험료 고지 여부가 확인되는 자</li> </ul>									
<b>지원내용</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지원범위 : - 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 및 전액 본인부담금           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인공수정 시술비 중 일부 및 전액 본인부담금</li> <li>- 비급여 3종(배아동결비, 유산방지제 및 착상보조제)</li> </ul> </li> <li>지원시술 횟수 : - 체외수정 최대 20회(신선, 동결 구분없음)           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인공수정 최대 5회</li> <li>※ 단, 건강보험이 적용되는 경우에만 지원</li> </ul> </li> <li>지원최대 금액 : 시술종류별로 시술금액 상한 차등 지원</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>지원시술</th> <th>지원 횟수</th> <th>지원금액(연령 구분 없음)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>체외수정</td> <td>신선배아 동결배아</td> <td>1~20회 최대 110만원 최대 50만원</td> </tr> <tr> <td>인공수정</td> <td>1~5회</td> <td>최대 30만원</td> </tr> </tbody> </table>	지원시술	지원 횟수	지원금액(연령 구분 없음)	체외수정	신선배아 동결배아	1~20회 최대 110만원 최대 50만원	인공수정	1~5회	최대 30만원
지원시술	지원 횟수	지원금액(연령 구분 없음)								
체외수정	신선배아 동결배아	1~20회 최대 110만원 최대 50만원								
인공수정	1~5회	최대 30만원								

### 제출서류

#### 기본 첨부서류

- ① 부부 신분증 및 난임진단서(병원에서 발급) 1부
- ② 부부 모두의 건강보험증 사본 또는 건강보험 자격확인서 각 1부 생략가능 → ※ ② ~ ③의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략
- ③ 주민등록등본 1부 생략가능
- ④ 가족관계증명서 각 1부  
(부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있는 경우에만 제출)

#### 추가 첨부서류 (사실상 혼인관계인 경우)

- ⑤ 당사자 시술동의서\*
- ⑥ 주민등록등본 각 1부 생략가능  
※ 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략
- ⑦ 가족관계증명서 당사자별 각 1부
- ⑧ 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부  
※ 주민등록상 동일 거주지에 1년 이상 동거한 기록이 있는 경우 제출 생략
- ※ 해당 공문서가 없는 경우, 사실혼 확인보증서\* 및 보증인 신분증 사본 각 1부

\*표시된 문서는 용인시보건소 홈페이지에서 출력가능

### 온라인 신청안내

- 정부24([www.gov.kr](http://www.gov.kr)) → “난임부부시술비지원원” 신청 부부 공동인증서 필요
- 1 **신청자 정보** 개인정보 입력
  - 2 **서비스 신청** '경기도 용인시 처인구보건소' 선택 → 시술비 지원신청
  - 3 **배우자 동의** 민원서비스 → 사실/진위확인 → 난임부부 시술비지원 배우자 동의
  - 4 **접수등록** 보건소 접수등록 및 처리
  - 5 **출력** 조회를 통한 지원결정통지서 출력

031) 6193-0171

## 경기도 난자동결 시술비 지원

<b>지원대상</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>경기도 6개월 이상 거주 20~49세 여성</li> <li>기준중위소득 180% 이하이면서 난소기능수치가 1.5ng/ml 이하</li> </ul>
<b>지원내용</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>난자채취를 위한 사전 검사비 및 시술비용의 50% 지원</li> <li>최대 200만원, 생애 1회 지원</li> </ul>
<b>시행시기</b>	25년 상반기(예정)

※ 당해연도 신규사업으로, 신청 절차 및 제출 서류 등 세부내용은 추후 보건소 홈페이지에 공지 예정

## 영구적 불임예상 생식세포 동결·보존 등 지원

031) 6193-0171

<b>지원대상</b>	의학적 사유에 의한 치료로 인한 생식건강 손상으로 영구적 불임 예상, 가임력 보전이 필요한 남·여
<b>지원내용</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>생식세포(정자·난자) 냉동 및 초기 보관(1년) 비용</li> <li>남성 최대 30만원, 여성 최대 200만원</li> <li>총 1회 지원</li> </ul>
<b>시행시기</b>	25년 상반기(예정)

※ 당해연도 신규사업으로, 신청 절차 및 제출 서류 등 세부내용은 추후 보건소 홈페이지에 공지 예정

## 용인시 난임부부 시술비 확대 지원

031) 6193-0175, 0171

- 지원대상** 용인시에서 난임부부 시술비 지원결정통지서를 발급받은 난임부부  
※ 신청일 기준, 부부 모두 등본상 용인시 주소
- 지원내용** 난임부부 시술비 지원 범위 외 본인부담금 추가 지원 (비급여 제외)
- 신청기한** 시술 종료 후 3개월 이내
- 신청서류**
  - ① 시술확인서
  - ② 진료비 영수증 ('시술결정통지일 이후 ~ 시술종료일'까지 영수증)
  - ③ 통장사본(여성) 생략가능
  - ④ 주민등록등본 생략가능
 → ※ ③~④ 서류는 온라인 신청 시 생략 가능
- ※ 단, 부부 등본 상 주소지 다른 경우 배우자(남편)의 등본 제출
- 신청방법** 정부24 온라인 또는 보건소 방문 신청(난임지원결정통지서 발급)
- 온라인 신청안내** 정부24(www.gov.kr) → '용인시 난임' 검색 →  
'용인시 난임부부 시술비 추가 지원(처인구)' → 신청하기

## 난임시술 중단 의료비 지원

031) 6193-0175, 0171

- 지원대상** 다음 요건을 모두 충족하는 경기도 거주 난임가구
  - ◎ '난임부부 시술비 지원사업' 신청 자격자로 관할 보건소로부터 '난임부부 시술비 지원결정통지서'를 교부받은 것
  - ◎ '난임부부 시술비 지원결정통지서'를 교부받아 시술 중 의학적 사유\*로 시술중단(개인사정으로 시술중단한 경우 지원 불가)된 경우
    - \* 의학적 사유 : 공난포, 난소저반응, 조기배란, 자궁내막불량, 기타 의학적판단
  - ◎ 건강보험 횟수 미차감\* 되어 '난임부부 시술비 지원사업' 대상에서 제외된 경우
    - \* 건강보험 횟수 차감 시술에 대해서는 '난임부부 시술비 지원사업' 절차에 따라 지원
- 지원내용** 공단부담금을 제외한 본인부담금, 비급여 일부, 약제비 합산 최대 50만원(회당)
  - 일부·전액본인부담금 : 본인부담금 합계액의 90%
  - 비급여 : 착상보조제(최대 20만원)
  - 약제비 : 시술과 직접적 관련 있는 원외약처방을 받은 경우

## 냉동난자 사용 보조생식술 지원

031) 6193-0171

- 지원대상** 가임력 보존을 목적으로 냉동한 난자를 임신·출산을 위해 사용한 부부  
(난임 부부 및 사실혼 부부 포함)
- 지원내용**
  - 냉동난자 해동, 체외수정 신선배아 시술비 및 약제비  
(단, 난임 부부의 경우는 난자 해동만 지원하며, 이 경우 시술비는 '난임부부 시술비 지원사업'으로 추가 지원)
  - 부부당 최대 2회, 1회당 최대 100만원

※ 지원 신청 후 보조생식술 진행하였으나 비용 청구를 하지 않으면, 지원 시술 횟수 차감 없음

※ 시술 중 의학적 판단 또는 개인적 사유에 따라 불가피하게 시술을 중단한 경우, 중단 이유에 대해 시술확인서에 기재하여야만 시술비 지원 가능
- 신청기한** 시술 종료 후 3개월 이내
- 신청방법** 사전 신청 없이 냉동난자 사용 보조생식술 시술 완료 후 사후 지원 신청
- ※ 사실혼 부부 및 난임부부의 경우, 사전에 반드시 난임부부 시술비 지원 신청

### 제출서류

- 기본 첨부서류**
- ① 냉동난자 사용 보조생식술 지원 신청서 및 개인정보제공동의서 1부
- ② 부부 모두의 건강보험증 사본 또는 생략가능 → ※ ②③의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략
- ③ 주민등록등본 1부 생략가능
- ④ 생식세포(난자) 동결보존 동의서 사본 1부
- ⑤ 해당 생식세포 냉동·해동 방법을 적은 동결보존 생식세포 소견서 각 1부
- ⑥ 냉동난자 사용 보조생식술 지원 시술 확인서 및 시술비 청구서 각 1부
- ⑦ 진료비 계산서·영수증 및 진료비 세부내역서 각 1부
- ⑧ 통장사본(여성) 1부, 부부 신분증
- ⑨ (지원금액 남았을 경우) 처방전 및 약국영수증 사본 각 1부

### 추가 첨부서류 (사실상 혼인관계인 경우)

- ⑤ 당사자 시술동의서\*
- ⑥ 주민등록등본 각 1부 생략가능  
※ 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략
- ⑦ 가족관계증명서 당사자별 각 1부
- ⑧ 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부  
※ 주민등록상 동일 거주지에 1년 이상 동거한 기록이 있는 경우 제출 생략
- ※ 해당 공문서가 없는 경우, 사실혼 확인보증서\* 및 보증인 신분증 사본 각 1부

\* 표시된 문서는 용인시보건소 홈페이지에서 출력가능

- 신청방법** 여성의 주소지 관할 보건소 방문 신청

## 임산부 지원사업 안내

031) 6193-0175, 0172

### 임산부 등록관리 서비스

- 준비서류**
- 첫 등록 시 : 신분증, 임신확인증 또는 산모수첩
  - 등록 이후 : 임산부 신분증

**지원내용**

임신초기 (12주 이하)	- 혈액 및 소변검사 10종 (B형 간염, 에이즈, 매독, 빈혈, 소변당·단백 검사 등) - 업산제 지원(최대 3개월 지급, 소급지원 불가)
임신중기 (16주 이상)	- 철분제 지원(최대 5개월 지급, 소급지원 불가)
임신말기 (34주 이상)	- 분만 전 혈액 및 소변검사 12종(임신초기 검사 + 간기능 검사)
기타	- 임산부 엠블럼(배지) - 임산부 주차스티커

※ 임신초기·말기 검사 시 예약 및 급식 불필요

**검사시간** 평일 오전 9:00~11:30 / 오후 13:00~17:30

※ 접수 및 검사시간 약 20분 소요되므로 마감시간 30분 전까지 내방 요망

**검사결과  
확인방법**

- 검사 7~10일 후
- 방문** : 본인 직접 신분증 지참
  - 인터넷** : 공공보건포털 e보건소([www.e-health.go.kr](http://www.e-health.go.kr))  
본인인증 후 조회



### 임신체험복 대여

- 지원대상** 관내 임산부
- 구비서류** 산모 신분증 ※ 대리인 방문 시 동일
- 신청방법** 대여 하루 전, 전화로 잔여수량 확인 후 방문
- 대여기간** 1주일

### 유축기 대여

- 지원대상** 관내 산모(출산 후 1개월 이내)
- 구비서류** 산모 신분증 ※ 대리인 방문 시 동일
- 신청방법** 대여 하루 전, 전화로 잔여수량 확인 후 방문
- 대여기간** 1개월(연장 불가능)
- 대여기종** 스펙트라(소모품 포함)



## 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원

031) 6193-0174

**지원대상** 만 19세 이하 산모로 청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 신청자

**지원금액** 임신 1회당 120만원 범위 내

**사용기간** 카드 수령 후(국민행복카드 소지자는 서비스신청 승인 다음날)부터 분만예정일 이후 2년까지

**신청·접수**

**1 온라인 신청**

사회서비스전자 바우처 홈페이지([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr))

**2 제출서류 우편송부**

온라인 신청일로부터 15일 이내 도착하도록 송부

우편 보낼 주소

서울시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 한국사회보장정보원  
청소년산모 업무 담당자 ☎ 04933

**제출서류  
(우편송부)**

- 요양기관에서 발급받은 '청소년산모 임신출산 의료비 지원신청 및 임신 확인서' 1부
- 임산부 연령 및 현재 거주지를 파악할 수 있는 '주민등록등본' 1부

※ 청소년 산모 가족이 대리 신청하는 경우 위임장 및 대리인 신분증 사본,  
가족관계증명서 추가 제출

## 고위험 임산부 의료비 지원

031) 6193-0174

**신청대상** 19대 고위험 임신질환으로 진단받고 입원치료 받은 자

**신청기간** 분만일로부터 6개월 이내

**신청방법** 분만 후 관할 보건소 또는 온라인(e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등) 신청

**지원내용**

- 지원한도 : 1인 300만원까지 지원

- 지원범위 : 입원치료비의 급여 중 전액 본인부담금 및 비급여 진료비(병실입원료, 식대 등 질환과 관련없는 진료비 제외)에 해당하는 금액의 90% 지원  
(1인당 300만원 한도)

※ 단, 국민기초생활보장법 제6조 및 제12조의 3에 따른  
의료급여수급자는 100% 지원

## 지원질병

- 지원항목 : 전액본인부담금 및 비급여 진료비
  - 진찰료, 투약 및 조제료, 처치 및 수술료, 검사료, 전혈 및 혈액성분제제료 등
- 19대 고위험 임신질환

구분	지원기간	질병코드 (하위코드 포함)
조기진통	질병 관련 입원치료 기간 (임신주수 20주 이상 37주 미만)	060
양막의 조기파열		042
분만 관련 출혈		067, 072
중증 임신증독증		011, 014, 015
태반의 조기박리		045
전치태반	질병 관련 입원치료 기간 (임신주수 20주 이상)	044, 069.4
절박유산		020.0
양수 과다증		040
양수 과소증		041.0
분만 전 출혈		046
자궁경부 무력증		034.3
고혈압		010, 013, 016
다태임신	질병 관련 입원치료 기간	030, 031
당뇨병		024
대사장애를 동반한 임신과다구토		021.1
신질환	질병 관련 입원치료 기간	N00-N23
심부전	※ 해당 질환코드 외 O코드(임신, 출산 및 산후기)가 진단서 상 기재되어 있어야 함	I00-I52
자궁 내 성장제한		036.5
자궁 및 자궁의 부속기 질환	질병 관련 입원치료 기간	O23.5, O34.0, O34.1 O34.4, O34.8, O41.1

## 제출서류

- ① 의사진단서 1부(질병명, 질병코드, 진단연월일 및 입·퇴원일 포함)
- ② 입퇴원진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부(입원 횟수별로 별도 제출)
- ③ 신청인 신분증(대리 신청 시에는 위임장 1부 및 대리신청인 신분증)
- ④ 입금계좌 통장사본 1부(지원대상자 명의)
- ⑤ 주민등록등본 1부
- ⑥ 필요시 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부 (기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능)
- ⑦ 등본상 출생 확인 불가시 출생보고서 또는 출생증명서  
※ 단, 사산의 경우에는 사산증명서

※ ⑤ ~ ⑥의 경우  
전자정부법에 따른  
▶ 행정정보의 공동이용을  
통한 확인에 동의할 경우  
생략 가능

## 산모·신생아 건강관리 지원사업

031) 6193-0173

## 지원대상

- 용인시에 주민등록을 두고 실제 거주하는 모든 출산가정의 산모(산모 주소지 기준)
- 산모, 배우자 건강보험 본인부담금 합산액에 따라 소득유형 산정 (직전 월분 건강보험 산정(부과)금액 기준)
- 가구원 수 산정 시, 산모 또는 배우자와 주민등록 및 건강보험에 함께 등재된 가족(직계존속)도 포함
- 맞벌이 가구의 경우 부부의 건강보험료 합산(높은 금액 100%+낮은 금액 50%)
- 부부 모두 외국인 국내 체류 가정일 경우 비자종류가 F-2(거주), F-5(영주), F-6(결혼이민)인 경우에 한함.

## 신청기간

출산 예정일 40일 전부터 출산 후 60일까지

- 임신 16주 이후 발생한 유산·사산의 경우 확인일로부터 30일 이내 신청 (의사 소견서·확인서 또는 사산증명서 첨부)
- 미숙아·선천성 이상아 출산 등으로 입원한 경우에는 신생아의 퇴원일로부터 30일 이내 신청 가능(입·퇴원일 명시된 진단서나 소견서 또는 입퇴원 확인서 첨부)

## 서비스 기간

태아유형, 출생순위, 서비스 기간 선택 등에 따라 다름.(최소 5일 ~ 최대 40일)  
 ※ 서비스 기간(표준, 단축, 연장)은 이용자가 제공기관과 계약을 체결하는 단계에서 선택  
 이론동이(미숙아) 출산의 경우 단태아 출산시 B형, 쌍태아 출산시 C형, 삼태아 이상 출산시 D형 적용  
 ex) 이론동이+단태아: 최소10일 ~ 최대 20일 / 이론동이+쌍태아: 최소15일 ~ 최대 40일

## 바우처 유효기간

출산일로부터 90일 이내  
 ※ 단, 삼태아 이상 "연장"에 한하여 출산일로부터 100일 이내  
 ※ 미숙아·선천성 이상아 출산 등으로 입원한 경우는 신생아의 퇴원일로부터 90일 이내(단, 삼태아 이상 "연장"은 퇴원일로부터 100일 이내 - 이 경우에도 출산일로부터 2년이 경과하면 바우처 소멸)

## 제출서류

- ① 신청인 신분증 및 사회보장급여신청서(서류제출 시 작성)
  - ② • 출산 전 : 산모수첩 또는 의사 진단(소견)서
    - 출산 후 : 출생증명서, 주민등록등본, 건강보험 납부확인서, 건강보험증 사본 (행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우, 제출 생략)
- ※ 대리신청자 : 위임장 및 수임자 신분증  
 ※ 결혼이민자 가정 및 주민등록 등본 상 분리되어 있는 부부 : 가족관계증명서  
 ※ 부부 중 휴직자 : 휴직(재직)증명서(휴직기간/유·무급 여부 표시, 회사직인), 최근월분 급여명세서  
 ※ 쌍생아 : 의사진단(소견)서(원본)  
 ※ 예외지원 대상자
  - 희귀난치성질환 산모 : 희귀난치성질환자 의료비지원사업 지원대상자 증명서, 최근 3개월 이내 발급된 진단서
  - 장애인 산모 및 장애 신생아 : 장애인등록증(장애인), 의사진단서 (장애인 신생아)
  - 미혼모 산모 : 한부모 가족 증명서, 미혼모시설 입소 확인서 등
  - 이론동이(미숙아) : 미숙아 출생증명서

## 온라인 신청

복지로 ([www.bokjiro.go.kr](http://www.bokjiro.go.kr)), 정부24([www.gov.kr](http://www.gov.kr))

- ① 성인 가구원 전원의 공동인증서
  - ② 가족관계증명서(부부의 주민등록 주소지가 다를 경우)
  - ③ • 출산 전 : 임신확인서 또는 의사소견서(예정일 명시)
    - 출산 후 : 출생증명서 또는 주민등록등본(출산 아이 등재)
  - ④ 신청인 정보란의 전자우편 주소 작성(통지서와 안내문 발송)
- ※ 미혼모, 사실혼 산모 또는 배우자가 외국인등록자일 경우 온라인 신청 불가(방문 신청)

구 分				서비 스 기간			서비 스 가격			정부지원금			본인부담금		
				단축	표준	연장	단축	표준	연장	단축	표준	연장	단축	표준	연장
단태아	첫째아	A-가-①형	자격확인	5	10	15	712,000	1,376,000	2,136,000	642,000	1,138,000	1,494,000	70,000	286,000	642,000
		A-통합-①형	150% 이하							556,000	982,000	1,281,000	156,000	442,000	855,000
		A-라-①형	150% 초과 (예외지원)							448,000	754,000	1,025,000	264,000	670,000	1,111,000
	둘째아	A-가-②형	자격확인	10	15	20	1,424,000	2,064,000	2,848,000	1,310,000	1,751,000	2,050,000	114,000	385,000	798,000
		A-통합-②형	150% 이하							1,138,000	1,494,000	1,737,000	286,000	642,000	1,111,000
		A-라-②형	150% 초과 (예외지원)							925,000	1,176,000	1,424,000	499,000	960,000	1,424,000
	셋째아 이상	A-가-③형	자격확인	10	15	20	1,424,000	2,064,000	2,848,000	1,338,000	1,793,000	2,107,000	86,000	343,000	741,000
		A-통합-③형	150% 이하							1,167,000	1,516,000	1,766,000	257,000	620,000	1,082,000
		A-라-③형	150% 초과 (예외지원)							954,000	1,217,000	1,481,000	470,000	919,000	1,367,000
쌍태아 (중증+단태아)	인력 1명	B-가-①형	자격확인	10	15	20	1,780,000	2,580,000	3,560,000	1,709,000	2,296,000	2,705,000	71,000	374,000	855,000
		B-통합-①형	150% 이하							1,531,000	2,002,000	2,385,000	249,000	668,000	1,175,000
		B-라-①형	150% 초과 (예외지원)							1,246,000	1,576,000	1,922,000	534,000	1,094,000	1,638,000
	인력 2명	B-가-②형	자격확인	10	15	20	2,752,000	3,984,000	5,504,000	2,529,000	3,372,000	4,164,000	223,000	756,000	1,340,000
		B-통합-②형	150% 이하							2,296,000	3,074,000	3,808,000	456,000	1,054,000	1,696,000
		B-라-②형	150% 초과 (예외지원)							1,948,000	2,629,000	3,273,000	804,000	1,499,000	2,231,000
삼태아 이상 (중증+쌍태아 이상)	인력 2명	C-가형	자격확인	15	25	40	5,352,000	8,600,000	14,272,000	5,244,000	8,028,000	11,704,000	108,000	892,000	2,568,000
		C-통합형	150% 이하							4,818,000	7,137,000	10,705,000	534,000	1,783,000	3,567,000
		C-라형	150% 초과 (예외지원)							4,122,000	6,155,000	9,278,000	1,230,000	2,765,000	4,994,000
	인력 3명	C-가형	자격확인	15	25	40	6,192,000	9,960,000	16,512,000	6,068,000	9,288,000	13,541,000	124,000	1,032,000	2,971,000
		C-통합형	150% 이하							5,574,000	8,257,000	12,385,000	618,000	2,063,000	4,127,000
		C-라형	150% 초과 (예외지원)							4,769,000	7,121,000	10,733,000	1,423,000	3,199,000	5,779,000
사태아 이상 (중증+삼태아 이상)	인력 2명	C-가형	자격확인	15	25	40	5,760,000	9,280,000	15,360,000	5,644,000	8,640,000	12,597,000	116,000	960,000	2,763,000
		C-통합형	150% 이하							5,185,000	7,682,000	11,522,000	575,000	1,918,000	3,838,000
		C-라형	150% 초과 (예외지원)							4,436,000	6,625,000	9,986,000	1,324,000	2,975,000	5,374,000
	인력 4명	C-가형	자격확인	15	25	40	8,256,000	13,280,000	22,016,000	8,090,000	12,385,000	18,054,000	166,000	1,375,000	3,962,000
		C-통합형	150% 이하							7,431,000	11,009,000	16,513,000	825,000	2,751,000	5,503,000
		C-라형	150% 초과 (예외지원)							6,358,000	9,495,000	14,311,000	1,898,000	4,265,000	7,705,000

## 2025년 기준증위소득 150% 판정 기준표

단위 : 원

가구원수	기준증위소득	건강보험료 본인부담금(원)		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
3인	7,539,000	271,459	221,206	277,028
4인	9,147,000	330,765	292,298	342,861
5인	10,663,000	386,684	357,963	407,092
6인	12,098,000	431,294	411,250	461,699

## 가형 자격확인 서류

- ① 기초생활보장(생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여) - 수급자증명서(주민센터, 인터넷발급가능)
  - ② 차상위본인부담경감증명서(건보공단, 인터넷발급가능), 자활근로참여확인서(주민센터), 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 수급자 확인서(주민센터), 차상위계층 확인서(주민센터)
- \* 증명서·확인서의 유효기간은 산모·신생아 건강관리 서비스(바우처) 신청일 전일부터 30일 이내

## 경기도 산후조리비 지원

031) 6193-0172

신청대상 관내 거주 출산가정

자격조건

지원 구분

대상자 조건

기본지원	부 또는 모가 다음의 요건을 모두 충족하는 경우
	- 출생일 및 신청일 현재 경기도에 주민등록을 두고 있을 것 - 신청일 현재 실제 경기도에 거주하고 있을 것 - 신청일 현재 영아의 출생일이 12개월이 지나지 않았을 것 - 경기도에 출생등록이 되어야 함
예외지원	부부 모두 외국인이거나 배우자 확인이 어려운 외국인 출산자(모)
	- 출산자(모)의 체류자격이 F-5(영주)일 것 - 출생일 및 신청일 현재 경기도에 거주하고 있을 것 - 신청일 현재 영아의 출생일이 12개월이 지나지 않았을 것

신청기간 출산일 기준 12개월 이내 상시 신청

신청기관

- 방문신청 : 출생아 첫 주소지 관할 행정복지센터
- 온라인신청 : 출생신고 후 경기민원24(gg24.gg.go.kr)에서 신청

지원금액 출생아 1인당 50만원 지역화폐 지급

※ 이용 가능한 가맹점 확인 방법(용인 관내에서만 사용 가능)

시청 홈페이지 ▶ 분야별 정보 ▶ 경제 ▶ 용인와이페이 ▶ 용인와이페이 가맹점

## 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

031) 6193-0173

신청기간 영아 출생 후 만 2년이 되는 전날까지

지원기간

- 신청일 기준으로 지원기간 산정
- 바우처는 결정통지 후 익일부터 지원기간 동안 사용 가능

※ 단, 출생일로부터 60일 이내(출생일 포함)에 신청하는 경우 24개월 모두 지원

제출서류

신분증 지참 후 담당공무원이 시스템 또는 공부(公簿)를 통해 확인 가능한 내용은 제출 생략 가능

- 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서 1부 및 개인정보 수집 및 동의서 1부(신청 시 작성)
- 주민등록본분 1부
- 기초생활보장수급자, 차상위, 한부모가족 등 증명서 1부
- 등본상 가족관계 입증 곤란시 가족관계증명서
- 부모 외 신청 영아와의 관계를 증빙할 수 있는 서류 1부
  - 가정위탁보호확인서, 시설아동증빙서류, 후견인 증명서 등
- 조제분유 신청
  - 산모의 사망을 증명할 수 있는 가족관계증명서(상세),
  - 산모의 질병 등을 증명하는 의사진단서(소견서)
  - 아동복지시설 등 입소아동·입양아동임을 확인할 수 있는 증명서 등 1부

※ 잔여 바우처 포인트 및 구매처 조회 : 사회서비스 전자바우처 ([www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr))

신청장소

- 영아의 주민등록 주소지 관할 주민센터 및 보건소

온라인 신청

- 온라인(복지로 [www.bokjiro.go.kr](http://www.bokjiro.go.kr))
- 정부24([www.gov.kr](http://www.gov.kr))

※ 신청인 정보란의 전자우편 주소 작성(통지서와 안내문 발송)

※ 미혼모, 사실혼, 산모 또는 배우자가 외국인등록자일 경우  
온라인 신청 불가(방문 신청)

## 기저귀 지원

지원대상

- 만 2세 미만의 영아를 둔 기초생활보장, 차상위, 한부모 가족 수급 가구 대상으로 영아별 지원(쌍둥이, 삼둥이 등의 경우 각각 아동별 지원)
- 만 2세 미만의 영아를 둔 기준중위소득 80% 이하의 장애인 가구
  - 부 또는 모 또는 영아가 일반장애인으로 등록된 가구 대상 영아별 지원
- 만 2세 미만의 영아를 둔 기준중위소득 80% 이하의 다자녀(2인 이상) 가구
  - 2인 이상 다자녀 가구 2세 미만 영아별로 지원

2025년 기준중위소득 80%판정 기준표

단위 : 원

가구원수	건강보험료 본인부담금(원)		
	직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인	112,371	37,001	113,324
3인	143,298	75,675	144,905
4인	174,082	113,431	176,291
5인	201,632	134,274	204,525
6인	229,454	167,069	232,948

지원내용

영아 1인당 월 90,000원

## 조제분유 지원

지원대상

기저귀 지원 대상자 중 아래 사유에 해당 시 지원  
(단, 영양플러스 사업·선천성대사이상 환아관리 사업의 조제분유 지원과 중복지원 불가)

- 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁보호·입양대상 아동, 한부모(부자·조손)\* 및 영아 입양 가정의 아동
- \* 한부모가족지원법 제4조 내지 제5조의2에 따른 부자 또는 조손가정에 한함
- 산모의 질병·사망으로 모유수유가 불가능한 경우

지원내용

영아 1인당 월 110,000원

## 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업

031) 6193-0174

- 지원대상**
- 미숙아 : 임신 37주 미만의 출생아 또는 출생 시 체중 2,500g 미만인 영·유아로서  
출생 후 24시간 이내에 신생아중환자실(NICU)에 입원한 경우  
※ 신생아 중환자실 부족에 따른 대기 또는 이송의 사유로 출생 후  
24시간 이내에 신생아중환자실에 입원하지 못한 경우, 의료기관의  
확인을 받아 지원 가능

- 선천성이상아 : 출생 후 2년 이내에 선천성이상(Q코드)으로 진단받고,  
선천성이상 질환을 치료하기 위하여 출생 후 2년 이내에  
입원하여 수술한 경우  
※ 반드시 입원하여 치료를 위한 수술을 시행하고 그에 따른  
치료비용에 한하여 지원(기능상 문제로 인한 치료목적의  
수술이 아닌 외모개선 목적의 수술은 제외)

**지원내용** 진료비 영수증에 기재된 전액본인부담금 및 비급여 중 치료에 직접 관련없는 항목 제외한 금액

**신청방법** (최종)퇴원일로부터 6개월 이내 영아의 주민등록주소지 관할 보건소 또는  
온라인(e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등) 신청

구분	제출서류
공통 서류	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지원신청서 1부</li> <li>• 진료비 영수증, 진료비 세부내역서 각 1부</li> <li>• 입금계좌통장 사본 1부</li> <li>• 주민등록등본 1부</li> </ul> <p>※ 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p>
추가 서류 (해당자)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 미숙아 : 출생보고서 또는 출생증명서 1부</li> <li>• 선천성이상아 : 진단서, 입·퇴원 확인서 각 1부(질병명 및 질병코드 포함)</li> <li>• 필요시 : 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부 확인서(기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능) 각 1부</li> </ul>

지원한도	미숙아 출생시 체중	2.0~2.5kg 미만 재태기간 37주 미만	1.5~2.0kg 미만	1.0~1.5kg 미만	1kg 미만
1인당 최고지원액		3백만원	4백만원	7백만원	10백만원
선천성이상아			5백만원		
동반 최고금액	8백만원	9백만원	12백만원	15백만원	

### 선천성 심장질환

선천성 심장질환은 한국 심장재단으로 문의

02-414-5321~3([www.heart.or.kr](http://www.heart.or.kr))

※ 심장병 관련 수술 필요 시 수술 전 심장재단에 문의



## 선천성대사이상 검사 및 환아관리

031) 6193-0174

### 신생아 선천성대사이상 선별검사비 및 확진검사비 지원

- 지원대상**
- 선별검사 : 신생아 선천성 대사이상 외래 선별검사를 받은 영아
  - 확진검사비 : 선천성 대사이상 선별검사 결과 유소견 판정

- 지원내용  
및  
지원기준**
- 선별검사 : 출생 후 28일 이내에 신생아 선천성대사이상 외래 선별검사를 한 경우 검사비에 한해 (일부)본인 부담금 지원
  - 확진검사 : 선천성대사이상 선별검사 결과 유소견 판정 후, 확진검사를 받고 환아로 판정된 경우에만 검사비의 (일부)본인부담금 지원(7만원 한도)

**신청방법** 출생일로부터 1년 이내 영아의 주민등록 주소지 관할 보건소 또는  
온라인(e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등) 신청

구분	제출서류
----	------

공통 서류	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 선천성대사이상 검사비 신청서 1부</li> <li>• 검사비 영수증, 검사비 세부내역서 각 1부</li> <li>• 입금계좌통장 사본 1부</li> <li>• 주민등록등본 1부</li> </ul> <p>※ 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능</p>
추가 서류 (해당자)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 확진검사비 : 진단서 등 확진 관련 증빙서류</li> <li>• 필요시 : 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부 확인서(기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 또는 확인서로 대체 가능) 각 1부</li> </ul>

## 선천성대사이상 환아관리

지원대상	확진검사 결과 선천성대사이상 및 희귀 등 기타 질환으로 진단받아 특수식이 또는 의료비 지원이 필요한 신청일 기준 만19세 미만 환아		
대상 질환 및 지원내용	구분	질환명	지원내용
선천성 대사이상 질환	고전적 폐닐케톤뇨증, 기타 고폐닐알라닌혈증(반응성 폐닐케톤뇨증, 결손증 폐닐케톤뇨증), 타이로신혈증, 단풍시립뇨병, 메틸말론산혈증/프로피온산혈증, 아이소발레린산혈증, 지방산대사장애, 호모시스틴뇨, 글루타르산뇨, 오르니틴대사장애, 고글라이신혈증, 요소회로대사장애(아르지닌혈증, 시트룰린혈증 등), 갈락토스혈증, 고칼슘혈증	특수조제분유 저단백햇반	
	선천성 갑상선기능저하증	의료비	
희귀 등 기타 질환	크론병, 단장증후군, 담도폐쇄증, 장림프관확장증	특수조제분유	
지원기준	<ul style="list-style-type: none"> <li>특수식이(특수조제분유, 저단백햇반) 지원</li> <li>선천성 갑상선기능저하증(E03.0, E03.1) 의료비 지원</li> </ul>		
신청방법	<p>환아의 주민등록 주소지 관할 보건소  ※ 의료비 지원신청의 경우, 관할 보건소 또는 아이마중앱, e보건소 온라인 신청 가능</p>		
제출서류	구분	제출서류	
특수식이 지원	선천성대사이상 및 희귀 등 기타 질환 (크론병 제외)	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>최초 신청 :</b> - 지원 신청서 1부 - 진단서 1부 (분유명, 필요량(1일 또는 월간) 등 명시)</li> <li><b>등록 이후 변경사항 발생 :</b> 소견서 1부</li> <li><b>정기적 진단서 :</b> 최초 제출월 기준 매 1년마다 제출</li> </ul>	
	크론병	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>최초 신청 :</b> 진단서 1부 (분유명, 필요량(1일 또는 월간) 등 명시)</li> <li><b>재발 :</b> 집중치료기간 경과 후 질병 재발 사유로 1일 1포 초과 지원 필요시 필요량, 필요기간 등 기재된 진단서 1부, 검사결과지 1부</li> </ul> <p>※ 유전성 크론병은 6개월마다 필요량, 필요기간 등 기재된 소견서(또는 진단서) 제출</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>추가 신청 :</b> 진료확인서1부 - 집중치료기간 경과 후 담당의사로부터 「진료확인서」를 발급받아 제출한 경우만 추가 지원 가능</li> <li>- 진료확인서는 최대 6개월간 유효하며, 환아기본정보, 특수조제분유명, 필요 개월 수와 양에 대한 담당의사 의견과 서명, 병원직인 기재</li> </ul>	
의료비 지원	선천성 갑상선기능 저하증	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>최초 신청 :</b> - 진단서 1부 - 진료비(약제비 포함) 영수증 및 세부내역서 각 1부 - 입금계좌통장 사본 1부</li> <li><b>변경사항 발생 :</b> 입금계좌통장 사본 1부</li> </ul>	
공통	주민등록등본 1부(전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능)		

## 선천성 난청검사 및 보청기 지원 사업

031) 6193-0174

### 선천성 난청검사지원(선별, 확진검사)

출생일 기준 28일 이내 입원기간 선별검사의 경우 건강보험 공단 전액 부담  
(단, 본인부담금이 발생하는 경우 (외래검사 등), 또는 확진검사비 청구를 위해서는 보건소 별도 신청)

지원기준	소득기준 무관
지원내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>신생아 난청 외래 선별검사비 지원</li> <li>난청 선별검사 결과 재검 판정 후, 난청확진검사를 받은 경우 확진검사비 지원(최대 7만원)</li> </ul> <p>※ 선별검사비 지원의 경우 출생 후 28일 이내에 실시</p> <p>※ 검사비 본인부담금 (진료비 제외) 지원</p>
신청방법	출생일로부터 1년 이내 주민등록 주소지 관할 보건소 또는 온라인(e보건소 공공보건포털, 아이마중앱 등)
제출서류	<ol style="list-style-type: none"> <li>검사비 영수증</li> <li>검사비 세부내역서</li> <li>검사 결과지</li> <li>통장사본</li> <li>주민등록등본*</li> <li>(필요시) 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부 (기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능)*</li> </ol> <p>* 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우는 제출 생략</p>

### 환아관리(보청기 지원)

지원기준	<ul style="list-style-type: none"> <li>보청기 2개 지원 : 양측성 난청이며, 청력이 좋은 귀의 평균청력역치가 40~59dB 범위의 청각장애등급을 받지 못하는 난청이 있는 경우</li> <li>보청기 1개 지원 : 나쁜 귀의 평균 청력역치가 55dB 이상이면서 좋은 귀의 평균청력역치가 40dB 이하인 경우</li> </ul> <p>※ 반드시 대학병원에서 검사 시행, 장애등급을 받은 환아 제외</p>
지원금액	보청기 1개 또는 2개 (개당 135만원 한도)
제출서류	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>1단계</b> 처방전 검토 영유아 보청기 처방전, 청력검사결과지, 외래 진료기록지</li> <li><b>2단계</b> 검수확인서 검토 보청기 구입 영수증, 보청기 바코드(제조번호 포함), 보청기 사진(상품명, 코드포함), 보청기 검수확인서, 통장사본</li> </ul> <p>※ 공통 서류 : 주민등록등본</p> <p>※ 필요시 가족관계증명서, 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부 (기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능)</p> <p>* 행정정보 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우는 제출 생략</p> <p>※ 난청환아 보청기 지원은 전화 문의로 자세한 상담 후 지원</p>

## 임신·출산 관련 정부 운영 사이트 안내

임신육아종합포털  
아이사랑

[www.childcare.go.kr](http://www.childcare.go.kr)  
☎ 1644-7373

마더세이프  
임산부약물정보센터

[www.mothersafe.or.kr](http://www.mothersafe.or.kr)  
☎ 1588-7309

수유정보알리미  
전국 수유시설 검색

[www.soyusil.com](http://www.soyusil.com)



처인구보건소

CHEONIN-GU PUBLIC HEALTH CENTER