

등록번호							
대상자 (어르신)	<u>성명</u>				<u>주민등록번호</u>		
	<u>주소</u>						
	<u>연락처</u>	자택 :			<u>휴대전화</u> :		
신청자 (보호자)	신청자 구분	☐ 본인 ☐ 대리인					
	대상자와의 관계	☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 손주(성인) ☐ 형제 ☐ 부모 ☐ 친인척() ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 성년후견인 ☐ 기타()					
	대리 동의 사유 (*본인 이외 신청 시에만 작성)	☐ 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 ☐ 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 ☐ 기타()					
	<u>성명</u>						
	<u>연락처</u>						
※ 소득조사, 계좌지급오류 등 연락두절 상황에 대비하여 보호자 연락처 2개 이상 기재(신청자 외 보호자)							
가족1	<u>성명</u>						
	<u>대상자와의 관계</u>	☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 손주(성인) ☐ 형제 ☐ 부모 ☐ 친인척()					
	<u>연락처</u>	자택 :			<u>휴대전화</u> :		
가족2	<u>성명</u>						
	<u>대상자와의 관계</u>	☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 손주(성인) ☐ 형제 ☐ 부모 ☐ 친인척()					
	<u>연락처</u>	자택 :			<u>휴대전화</u> :		
※ 해약계좌, 압류계좌, 타행이체거래불가계좌, 행복지킴이통장(압류방지통장)은 등록 불가							
계좌정보	☐ 지원대상자	은행 :			계좌번호 :		
	☐ 비용관리자	예금주명 :					
위와 같이 치매치료관리비 지원을 신청합니다. 20 년 월 일 신청자 : _____ (서명 또는 인)					담당자 확인 사항		
					보훈대상자		
					중복(범정부)		
					건강보험료기준		
					납부액		
					Ansys 등록		
					요양기관등록		
엑셀							
순천시 치매안심센터장 귀하							

※ 신청자가 본인일 경우, 본인의 신분증(사본 포함)을 확인하여야 합니다.

※ 신청대리인이 법정대리인일 경우, 우편등본(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)을 제출하여야 합니다. 또한 본인 및 법정대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하여야 합니다.

※ 신청대리인이 임의대리인일 경우, 본인이 대리인에게 치매치료관리비 지원 신청을 위임하였다는 내용과 함께 본인의 서명이나 날인이 기재된 위임장(별지 서식)을 제출하여야 하고, 본인 및 대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하여야 합니다. 이 때 임의대리인이 가족이라면, 본인과 대리인의 관계를 확인할 수 있는 서류(가족관계증서 또는 본인과 가족관계가 확인되는 주민등록등본, 모두 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)로서 위임장을 갈음할 수 있습니다.

● 단, 본인이 치매의 상당한 진행으로 인하여 위임장 작성을 위한 의사능력 상실이 의심되는 경우 임의대리인의 범위를 가족으로 한정하여 위임장 대신 가족관계증서 또는 본인과 가족관계가 확인되는 주민등록등본(모두 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)을 제출하도록 권장합니다.

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부합니다.

※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당됩니다.

※ 기 제출 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본일 것)는 더 이상 제출할 필요 없습니다.

행정정보 공동이용 사전 동의서

1. 이용기관 명칭 : 순천시 치매안심센터
2. 이용사무(목적) (해당하는 이용사무에 ☒ 표기해주시기 바랍니다.)

☐ 치매검사비 지원 ☒ 치매치료관리비 지원

3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명
1	건강·장기요양보험료납부확인서(개인_지역가입자)
2	건강·장기요양보험료납부확인서(개인_직장가입자)
3	건강보험자격확인서
4	주민등록표 등·초본

4. 정보 주체(본인) 동의사항

- 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.
- 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 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는 데 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

5. 동의인 인적사항

성명		연락처	자택	
주민등록번호	-		휴대전화	

동의일 20 년 월 일
동의인 (서명 또는 인)

※ 대리인 동의 시 대리인 (서명 또는 인)
 동의인과의 관계()
 대리 동의 사유()

(순천시) 치매안심센터장 귀하

※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인일 경우

- 제출서류
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - 대상자와 가족(대리인으로 명시된 자)의 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본(보호자가 후견인일 경우, 후견등기사항증명서)
- 확인사항
 - 대상자 및 대리신청자(대리인으로 명시된 자)의 신분증

※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우

- **제출서류**
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - '개인정보 처리에 관한 위임장' [기타서식5]
- **확인사항**
 - 대상자 및 임의대리인(대리인으로 명시된 자)의 신분증

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부

※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당

행정정보 공동이용 사전 동의서

1. 이용기관 명칭 : 순천시 치매안심센터
2. 이용사무(목적) (해당하는 이용사무에 ☒ 표기해주시기 바랍니다.)

☐ 치매검사비 지원 ☒ 치매치료관리비 지원

3. 공동이용 행정정보(구비서류)

연번	행정정보명
1	건강·장기요양보험료납부확인서(개인_지역가입자)
2	건강·장기요양보험료납부확인서(개인_직장가입자)
3	건강보험자격확인서
4	주민등록표 등·초본

4. 정보 주체(본인) 동의사항

- 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.
- 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 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는 데 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

5. 동의인 인적사항

성명		연락처	자택	
주민등록번호	-		휴대전화	

동의일 20 년 월 일
동의인 (서명 또는 인)

※ 대리인 동의 시 대리인 (서명 또는 인)
 동의인과의 관계()
 대리 동의 사유()

(순천시) 치매안심센터장 귀하

※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인일 경우

- 제출서류
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - 대상자와 가족(대리인으로 명시된 자)의 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본(보호자가 후견인일 경우, 후견등기사항증명서)
- 확인사항
 - 대상자 및 대리신청자(대리인으로 명시된 자)의 신분증

※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우

- **제출서류**
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - '개인정보 처리에 관한 위임장' [기타서식5]
- **확인사항**
 - 대상자 및 임의대리인(대리인으로 명시된 자)의 신분증

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부

※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류에 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당

[서식 1-3] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

이름	생년월일
----	------

개인정보 수집 및 이용에 관한 고지사항

※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집 및 이용합니다.

☐ 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

개인정보 처리사유	• 치매검진사업에 관한 사무 • 치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 • 성년후견제 이용지원에 관한 사무 • 공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 • 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무 • 치매안심센터 각종 서비스 안내
개인정보 항목	성명, 성별, 학력, 연락처, 나이, 주소, 가족관계, 주민등록번호 , 외국인등록번호 , 거주·동거형태, 의료보장, 소득수준, 장기요양등급, 보훈대상, 결혼상태, 직업, 사진, 치매치료비 지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양보험료 납부확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등)
수집 근거	치매관리법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

개인정보 제3자 제공 부문 (필수)

☐ 개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 기관	보건소 및 협약 의료기관, 복지관, 동 주민센터, 시군구청, 경찰청, 정신건강복지센터, 국민건강보험공단, 사회보장정보원, 장기요양기관, (재)NICE, 중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담콜센터, 타 지역 치매안심센터, 행정안전부, 공립요양병원, 도로교통공단, 노인복지시설
제공목적	치매조기검진, 치매환자지원, 실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원, 전문심리상담, 퇴원환자 관리, 운전면허 정기적성검사(갱신), 서비스 의뢰
제공하는 항목	성명, 주민등록번호 , 외국인등록번호 , 성별, 연락처, 생년월일(나이), 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진, 가족관계, 맞춤형사례관리 대상자 생활환경정보, 실종예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표(세부) 정보(대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등), 돌봄부담분석 결과정보, 한국형 노인우울척도 결과정보, 선별검사 결과정보, 신경심리평가 결과정보, 치매임상평가 의견서, 치매안심센터 등록정보, 치매안심센터 이용 내역(상담 및 사례관리내역)
보유기간	퇴록 시 까지
※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.	
위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? 동의 ☐ 미동의 ☐	

☐ 개인정보 이용에 관한 사항

이용 항목	이용 목적	보유기간
이름, 생년월일, 연령, 성별, 연락처, 서비스 이용목록, 교육년수, 치매안심센터 등록일, 동거형태	서비스 만족도 조사	만족도 조사 종료시 까지
※ 개인정보 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 제공에 제한이 없습니다.		
위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 ☐ 미동의 ☐		

- ※ 상기 내용은 개인정보보호법 및 의료법을 기준으로 하며, 공공기록물 관리에 관한 법률에 의거 준영구 보유합니다.
- ※ 본 동의서의 ‘후견인’은 성년후견제도의 ‘법정후견인’, ‘임의후견인’을 모두 의미합니다.
- ※ 본인은 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무), 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조, 제23조에 따른 개인정보 및 민감정보 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.
- ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

이
기
간

본인: (서명 또는 인)

생년월일: **년** **월** **일**

대리인: (서명 또는 인)

본인과의 관계:

대리 동의 사유:

() 치매안심센터장 귀하