

2022년 어르신 들나보청기 지원 지침

2022년 어르신 틀니·보청기 지원 지침

- 치아의 결손으로 음식물 섭취가 자유롭지 못하고, 난청으로 불편을 겪는 저소득노인에게 틀니 및 보청기를 지원함으로써 안정적인 사회생활 유지 및 건강한 노후생활 보장

1 목 적

- 어르신들에게 틀니 시술비 지원을 통하여 구강기능회복 및 건강한 노후생활 유지
- 보청기 착용이 필요한 저소득 어르신들의 생활불편해소

2 지원근거 2013년 7.1. 시행

- 「제주특별자치도 노인 틀니·보청기 지원 조례」(12.10.17.제정)

3 선정기준

- 기초연금 수급자 중 해당 어르신
 - 틀 니 : 만75세 이상
 - 보청기 : 만70세 이상

4 지원 제외대상

- 정부보조금 지원 대상자
 - 틀니 : 의료급여 수급자 및 차상위 건강보험 전환자
 - 보장구(보청기) 정부보조금 지원 대상자 : 청각장애인
- 이 조례에 의한 지원을 받고 7년이 넘지 않은 자(7년 이내 중복수혜 금지)
 - ※ 중복지원 여부는 악당 지원여부로 판단(예, 상악지원 후 하악지원 가능)

5

지원내용

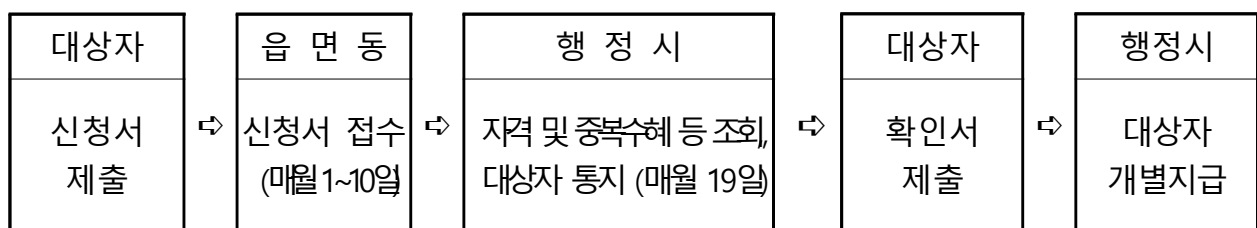
- 완전틀니(악당) 시술 비용 : 의사 처방에 따라 상악, 하악 또는 양악 시술비용 건강보험 급여 적용 후 본인부담금의 50%지원 (악당 250천원이내, 최대 500천원)
- 보청기 구입비용 : 340천원 범위 내 실구입비 지원

6

지원절차

- 틀니 및 보청기
 - 신청서(보청기 신청시 처방전포함) 제출 및 접수(읍면동) → 자격 및 중복수혜 조회, 대상자 선정통지(행정시) → **선정통지 후 6개월 이내** 확인서(틀니시술완료확인서,보청기검수확인서)제출 → 본인계좌 입금(행정시)

※ 단, 본 사업이 시행된 2014년 1월 1일 이후 틀니 시술 및 보청기 구입한 경우에는 기 시술 및 기 구입후 신청하더라도 예산의 범위 내에서 지원 가능



7

지 급 일

- 매월 기초연금 지급일에 지급함

8

신청서류

- 1) 어르신 틀니 시술 지원 신청서 (서식 1)
- 2) 어르신 틀니 시술완료 확인서 (서식2)
- 3) 어르신 보청기 구입비 지원 신청서 (서식3)
- 4) 보청기 처방전 (서식4)
- 5) 보청기 검수확인서 (서식5)

9

부정수급 제재

- 허위, 그밖의 부정한 방법으로 지급받은 지원금은 전액 환수 조치

10

행정사항

- 행정시 및 읍면동에서는 신청서류와 지원자격을 철저히 확인하고, 지원대상자의 명부 작성 유지 등 부적합자에게 지급되는 사례가 없도록 철저히 조치
- 행정시 및 읍면동에서는 기 시술을 받은 어르신의 시술완료 시점을 정확히 확인하여 신청접수 받을 수 있도록 하며, 대상자가 누락되는 일이 없도록 홍보 철저
 - 시술 완료 후 신청하는 만큼 지원대상자의 자격 및 중복수혜 과정에서 탈락될 수 있다고 충분히 설명
- 틀니는 완전틀니의 경우만 지원대상이 되므로 시술완료서 정확히 확인

어르신 틀니 시술 지원 신청서

접수번호	접수일	담당자 확인 (서명 또는 인)		
지원 대상자	성명		주민등록번호	
	주소			
	집전화번호		휴대전화번호	
	입금계좌번호	(은행)	예금주	
읍면동 확인사항	기초연금 수급여부	<input type="checkbox"/> 수급 <input type="checkbox"/> 미수급	기초생활수급여부 (차상위포함)	<input type="checkbox"/> 수급 <input type="checkbox"/> 미수급
	기초연금 소득인정액		가족동거유무	<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 가족동거

「제주특별자치도 노인 틀니·보청기 지원조례」에 따라 위와 같이 틀니 시술 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

지원 대상자와의 관계

전화번호

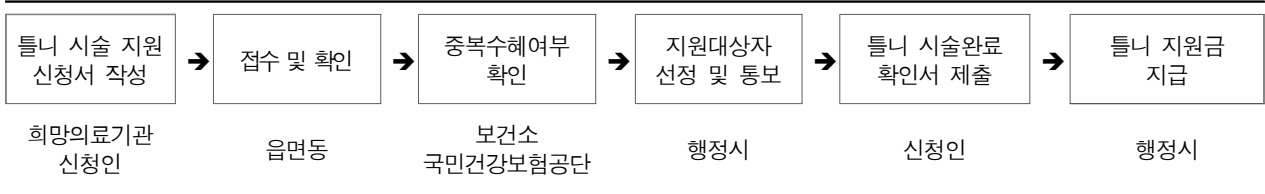
제주특별자치도지사 귀하

<ul style="list-style-type: none"> ○ 본인은 어르신 틀니 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제15조제1항의 제3호 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 ○ 본인은 어르신 틀니 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 처리할 것을 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 ○ 본인은 어르신 틀니 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보를 처리할 것을 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 ○ 본인은 어르신 틀니 지원 사업 대상자 적격 여부 확인을 위해 의료급여·건강보험·보건소 노인틀니 수혜이력을 조회하는 것에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 ○ 본인은 어르신 틀니 지원 사업 대상자 적격 여부 확인을 위해 사회복지통합관리망의 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 ○ 본인은 추후 어르신 틀니 시술 이력, 7년 이내의 건강보험 노인틀니 시술 이력 등 중복수혜가 확인되면 지원 신청이 취소되며, 기(既) 지급된 시술비용은 환수조치 될 수 있음에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 	<p>위의 사항을 확인합니다.</p> <p style="text-align: right;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청자 본인</p> <p style="text-align: right;">(서명 또는 인)</p>
---	--

제주특별자치도지사 귀하

첨부서류	- 통장사본 1부 ※ 대상자 선정 후 '틀니 시술완료 확인서(서식2)' 제출	수수료 없음
------	---	-----------

처리 절차



어르신 보청기 구입비 지원 신청서

접수번호	접수일	담당자 확인 (서명 또는 인)		
지원 대상자	성명		주민등록번호	
	주소			
	집전화번호		휴대전화번호	
	입금 계좌번호	(은행)		예금주
읍면동 확인사항	기초연금 수급여부	<input type="checkbox"/> 수급 <input type="checkbox"/> 미수급	청각장애 여부	<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 비장애
	기초연금 소득인정액		기타사항	

「제주특별자치도 노인 틀니·보청기 지원조례」에 따라 위와 같이 보청기구입비를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

지원 대상자와의 관계

전화번호

제주특별자치도지사 귀하

- 본인은 어르신 보청기 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제15조제1항의 제3호 규정에 의거하여 본인의 **개인정보**를 제공할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- 본인은 어르신 보청기 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 **민감정보**를 처리할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- 본인은 어르신 보청기 지원 사업 대상자로 신청하며, 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 **고유식별정보**를 처리할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- 본인은 어르신 보청기 지원 사업 대상자 적격 여부 확인을 위해 사회복지통합관리망의 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

위의 사항을 확인합니다.

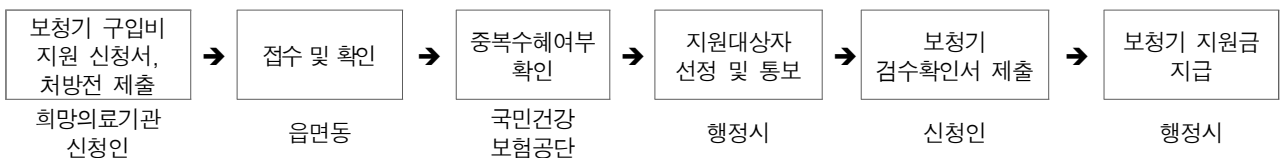
20 년 월 일

신청자 본인 (서명 또는 인)

제주특별자치도지사 귀하

첨부서류	1. 보청기 처방전(서식 4) 2. 통장사본 1부 ※ 대상자 선정 후 '보청기 검수확인서(서식 5)' 제출	수수료 없음
------	---	-----------

처리 절차



보청기 처방전

(의료급여기관에서 발급받은 처방전도 가능)

①수진자 (진료받은 사람)	건강보험증 번호	
	성명	주민등록번호
	집 전화번호	휴대전화번호

② 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보청기를 처방합니다.

년 월 일

발급기관(병원)명

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문의 자격번호

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 구입한 보청기에 대해서는 위 전문과목의 전문의로부터 반드시 보장구 검수확인서를 받아야 합니다.

작성방법

- ① 수진자: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 환자상태 및 진료소견에 대해 상세하게 적으며, 보청기 제작시 주의할 사항 또는 처방품목 상세내역 등에 대한 처방의견을 적습니다.

210mm × 297mm [백상지 80g/m²]

보청기 검수확인서

수진자 (진료받은 사람)	건강보험증 번호	
	성명	주민등록번호
	집전화번호	휴대전화번호
보청기	품목	모델명
	구입일	구입처
	구입가격	기타
검수확인	(보청기의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기록)	

위와 같이 보청기 검수를 확인합니다.

년 월 일

발급기관(병원)명

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문의 자격번호

유의사항

검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.

210mm× 297mm[백상지 80g/㎡]