

아동건강체험활동비 지원 신청서

| 아동 (대상자) | 성명 | | 생년월일 | | | | | | | | | |
|---|--|---|------------|----------------------------------|--|-----|----|----------|------|--|-------------------------------|-----------------------|
| | 주소 | ※ 주민등록상 도로명 주소로 정확히 기재 | | | | | | | | | | |
| 신청인 (보호자) | 성명 | | 생년월일 | | | | | | | | | |
| | 휴대폰번호 | | 아동과의 관계 | | | | | | | | | |
| 탐나는전 카드정보 | (기존) 카드번호 | | | 소유자 | | | | | | | | |
| | (신규) 카드번호 | | | 유효기간 | | CVC | | | | | | |
| 건강보험료 확인 | 가구원수 | | | | | | | | | | | |
| | 건강보험료 금액 | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (적 합) | | | <input type="checkbox"/> (부 적 합) | | | | | | | | |
| 스포츠강좌 이용원 지원여부 | | <input type="checkbox"/> (이용) <input type="checkbox"/> (이용하지 않음) | | | | | | | | | | |
| <p>위와 같이 아동건강체험활동비 지원 사업을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;"> 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인: (서명 또는 인)</p> <p>제주특별자치도지사 귀하</p> | | | | | | | | | | | | |
| 신청자 확인란 | <p>1. 신청서류에 허위 기재 등 부정한 방법으로 지원금을 받을 경우에는 해당 금액의 전부 또는 일부를 환수합니다.</p> <p>2. 신청시 제출한 정보나 내용이 변경되면 지원이 중단될 수 있습니다.</p> <p style="text-align: right;">위의 내용을 확인하였음(<input type="checkbox"/>)</p> <p style="text-align: right;">신청인 (서명)</p> | | | | | | | | | | | |
| 첨부서류 | <p>1. 보호자임을 증명할 수 있는 서류: ①신분증, ②가족관계증명서 등(필요시)</p> <p>2. 건강보험료 증명서류: ③건강보험료 납부확인서, ④건강보험 자격확인서</p> <p>3. 지원대상자가 소속된 시설대표자가 신청하는 경우: 사업자등록증 또는 고유번호증 사본</p> <p>4. 별지 제2호 서식에 따른 위임장 1부.(해당자에 한함)</p> | | | | | | | | | | | |
| 아동건강체험활동비 지원 개인정보 수집·이용 동의 | | | | | | | | | | | | |
| <p>아동건강체험활동비 지원을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고자 합니다.</p> <p>내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주세요.</p> <p>1. 개인정보 수집·이용 내역</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">항목</th> <th style="text-align: center;">수집·이용 목적</th> <th style="text-align: center;">보유기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(아동) 성명, 생년월일, 주소 (보호자 및 대리인) 성명, 생년월일, 대상자와의 관계, 전화번호</td> <td>제주도 아동건강체험활동비 지원 및 카드발급·관리</td> <td style="text-align: center;">사업 종료일부터 5년</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나, 동의를 거부할 경우 아동건강 체험활동비 지원신청이 제한됩니다.</p> <p style="margin-top: 10px;">☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 년 월 일</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">신청인 성명 (서명 또는 인)</p> | | | | | | | 항목 | 수집·이용 목적 | 보유기간 | (아동) 성명, 생년월일, 주소 (보호자 및 대리인) 성명, 생년월일, 대상자와의 관계, 전화번호 | 제주도 아동건강체험활동비 지원 및 카드발급·관리 | 사업 종료일부터 5년 |
| 항목 | 수집·이용 목적 | 보유기간 | | | | | | | | | | |
| (아동) 성명, 생년월일, 주소 (보호자 및 대리인) 성명, 생년월일, 대상자와의 관계, 전화번호 | 제주도 아동건강체험활동비 지원 및 카드발급·관리 | 사업 종료일부터 5년 | | | | | | | | | | |

유의사항

1. 아동건강체험활동비 지원 신청 및 지역화폐 탐나는전 카드 발급을 위해 작성·제출하신 서류는 일체 반환되지 않습니다.
2. 아동건강체험활동비 지원을 위한 지역화폐 탐나는 전 카드는 지정된 장소에서만 사용할 수 있습니다.
3. 아동건강체험활동비 지원을 위한 지역화폐 탐나는 전의 월 지급액은 해당 월 사용을 다하지 못했을 경우 다음달로 자동 이월되며, 2025년 3월 31일까지 사용하지 않은 금액은 자동 소멸됩니다.
4. 지원 대상자의 보호자 여부를 확인하기 위해 발급기관은 필요한 질문을 할 수 있습니다.