[서식 1]

난청 (☐ 선별검사비 ☐ 확진검사비) 신청서

1. 대상자 성명		2. 성별	남( ) 여( )	3. 생년월일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일(보호자)		6. 연락처(휴대폰)	
7. 주소(거주지)					

8. 선별검사	1차	① 검사명 ☐AABR ☐AOAE	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
		⑤ 검사결과 우측 : ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail) / 좌측: ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail)			
	2차	① 검사명 ☐AABR ☐AOAE	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
		⑤ 검사결과 우측 : ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail) / 좌측: ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail)			

9. 확진검사 (ABR 또는 ASSR이 반드시 포함되어야 함)	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
	☐ABR			
	☐ASSR			
	☐DPOAE			
	☐TEOAE			
	☐Tympanometry			
	⑤ ABR(또는 ASSR) 검사결과 : 좌측 청력 : _____dB, 우측 청력 : _____dB			
10. 신생아중환자실 5일 이상 입원	☐ O ☐ X			

지원금액 _____원 예금주) 은행명) 계좌번호)

위와 같이 난청 (☐ 선별검사비 ☐ 확진검사비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

〈제출서류〉

- 주민등록등본 1부*
- 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
- 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지 각 1부
- 지원금 입금계좌통장 사본 1부

* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

〈참고〉 난청검사 수가코드

구분	검사명	코드
선별검사	AOAE(자동화이음향방사검사)	FZ735
	AABR(자동화청성뇌간반응검사)	FZ736
확진검사	ABR(청성뇌간반응역치검사)	F6400
	ASSR(청성지속반응검사)	F6410
	DPOAE(변조이음향방사검사)	F6382
	TEOAE(크릭유발이음향방사검사)	F6383
	Tympanometry(임피던스청력검사)	F6361

[서식 2]

보청기 지원 신청서					
1. 대상자 성명		2. 성별	남( ) 여( )	3. 생년월일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처 (휴대폰)	
5. 주소(거주지)					

위와 같이 보청기 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

〈제출서류〉

- 주민등록등본 1부*
- 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능

* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

[서식 3]

선천성 난청검사 및 보청기 지원사업 개인정보 제공 동의서

신생아 난청검사 및 환아관리사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여「개인정보보호법」제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

❒ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부(영유아난청관리팀), 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단

❒ 개인정보화일(DB)수집의 목적
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
○ 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용

❒ 개인정보수집항목
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난임시술여부 등
○ 영유아 난청검사 및 환아관리 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
○ 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료

❒ 개인정보보유 및 이용기간
○ 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구

❒ 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
○ 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
○ 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
○ 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
○ 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
○ 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
○ 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
○ 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의

❒ 개인정보 수집 동의 거부
○ 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, **동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다**.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음
	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음	□동의함 □동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 **개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의**합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	주민등록번호	관계	동의확인(서명)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)

[서식 4]

영유아 보청기 처방전
(보건복지부 **영유아난청관리**)

대상 영유아	성명		생년월일	
보호자	성명	(관계 :)	연락처(휴대폰)	
주소(거주지)				

영유아 보청기 처방 기준

1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 3세 미만(36개월 미만) 영유아(거주지 보건소 신청일 기준)
2) 양측성 난청이면서, 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 청각장애등급을 받지 못하는 40~59dB의 난청이 있는 경우에만 지원
3) 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급 병원에서 시행)
   - 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 이상 시행(ABR 반드시 포함)
     (최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시하고, 가장 좋은 검사결과 또는 가장 최근 검사결과의 평균 역치를 기준으로 두 청력역치의 차이가 10dB 이내인 경우에 인정)
     * 평균 청력역치 : ABR은 측정치의 평균, ASSR은 청각장애등급의 6분법 기준
4) 양측 보청기 지원 (개당 131만원 한도)

환자 상태 및 진료 소견	
	1. 고막 및 외이도 상태 우측: _____ 좌측: _____ **2. 청력검사 종류** ☐ 청성뇌간반응(ABR) ☐ 청성지속반응(ASSR) ☐ 순음청력검사 ☐ 기타 _____ **3. 청력검사 시행일** 1차:_____ 2차:_____ 3차:(추가 검사 시행 시)_____ **4. 최종 평균 청력역치 (가장 좋은 평균 역치)** 우측: _____ dB 좌측: _____ dB **5. 보청기 처방 부위**: ☐ 우측 ___ ☐ 좌측 ___ ☐ 양측 ___ **6. 특이사항** (말소리인지, 언어발달, 중복장애 등)

상기 소견으로 보청기를 처방합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호) :
담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호
전문과목 : 전문의 자격번호 제 호

비고 : 1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.
2. 처방전에는 반드시 해당 검사 결과지와 진료기록지를 첨부하여야 합니다.

[서식 5]

영유아 보청기 검수확인서
(보건복지부 영유아난청관리)

대상 영유아	성명		생년월일	
보호자	성명	(관계:)	연락처(휴대폰)	
주소(거주지)				

영유아 보청기 처방 및 검수확인 기준

1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 3세 미만(36개월 미만) 영유아(거주지 보건소 신청일 기준)
2) 양측성 난청이면서, 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 청각장애등급을 받지 못하는 40~59dB의 난청이 있는 경우에만 지원
3) 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급 병원에서 시행)
   - 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 이상 시행(ABR 반드시 포함)
     (최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시하고, 가장 좋은 검사결과 또는 가장 최근 검사결과의 평균 역치를 기준으로 두 청력역치의 차이가 10dB 이내인 경우에 인정)
   * 평균 청력역치 : ABR은 측정치의 평균, ASSR은 청각장애등급의 6분법 기준
4) 양측 보청기 지원 (개당 131만원 한도)
5) 보청기 처방 받은 병원에서 보청기 착용 및 검수 확인을 원칙으로 함(예외의 경우 검수확인란에 사유 기재)
6) 검수확인은 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 확인될 경우 발급

보청기	구입일 :		구입처 :	
	구입가격 :		구입처 대표명 :	
	보청기 제품명 :		코드 :	
	착용 측	우( ), 좌( ), 양측( )	보청기 형태	
	평균 청력역치(기도)	보청기 착용 전 (처방전 결과)	보청기 착용 후 (음장검사)	
		우( ), 좌( ), 양측( )	우( ), 좌( ), 양측( ), 기타:	
	말소리 듣기, 명료도(%)	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:( )	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:( )	
	※ 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 구입한 보청기를 착용한 상태에서 실시하는 검사(음장검사, 실이측정 등) 결과 또는 보청기 착용 후 언어발달 상태에 따라 청력개선 효과가 있다고 판단되는 경우에 검수확인 합니다.			
검수확인	(보장구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기록)			

상기 소견으로 보청기 검수를 확인합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호) :
담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호
전문과목 : 전문의 자격번호 제 호

비고: 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.

[서식 6]

신생아 난청 선별검사비 지원 실적 – 보건소 담당자용 (EXCEL 파일로 작성 관리)

지역명(시·도명) : **보건소명 :**

기간 : 20 년 월 일 ~ 월 일

연번	아기이름[1]	성별	생년월일	출산(분만) 예정일	보호자 이름	연락처[2]	선별검사						신생아중환자실 5일 이상 입원 여부[6]	난청 환아관리 동의 여부[7]
							검사일	검사기관[3]	검사 종류[4]	우측 결과[5]	좌측 결과[5]	검사비 (본인부담금)		

1) 산모 또는 신생아 이름 기재
2) 휴대폰 번호를 우선 기재, 자택전화도 확인되는 경우 기재
3) 난청 선별검사를 시행한 검사기관명 기재(선별검사별로 각각의 줄에 기재)
4) AABR(자동청성뇌간반응) : 1, AOAE(자동이음향방사) : 2, AABR과 AOAE 모두 시행 : 3
5) 통과(pass) : 1, 재검(refer) : 2, 시행못함(fail) : 3
6) 신생아중환자실에 5일 이상 입원한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0
7) 어느 한쪽 귀라도 최종 '재검' 판정을 받고 난청 환아관리에 동의한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0

[서식 7]

신생아 난청 확진검사비 지원 실적 – 보건소 담당자용 (EXCEL 파일로 작성 관리)

지역명(시·도명) : **보건소명 :**

기간 : 20 년 월 일 ~ 월 일

연번	아기이름[1]	성별	생년월일	출산(분만) 예정일	보호자 이름	연락처[2]	확진검사 : ABR(청성뇌간반응검사) / ASSR(청성지속반응검사)						신생아중환자실 5일 이상 입원 여부[6]	난청 환아관리 동의 여부[7]
							검사일	검사기관[3]	검사 종류[4]	우측 결과[5]	좌측 결과[5]	검사비 (본인부담금)		

1) 산모 또는 신생아 이름 기재
2) 휴대폰 번호를 우선 기재, 자택전화도 확인되는 경우 기재
3) 난청 확진검사를 시행한 검사기관명 기재(확진검사별로 각각의 줄에 기재)
4) ABR(청성뇌간반응) : 1, ASSR(청성지속반응) : 2, ABR과 ASSR 모두 시행: 3
5) 진단서에 확진검사결과(우측, 좌측 청력역치)가 기재된 경우에만 해당 칸에 기재(ABR과 ASSR 두 가지 검사결과가 상이할 경우 각각의 줄에 기재)
 * 검사결과가 미기재된 경우, 확진검사 결과지를 복사하여 난청환아관리팀에 제출하면 확인 후 기재 예정
6) 신생아중환자실에 5일 이상 입원한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우 : 0
7) 난청 환아관리에 동의한 경우 : 1, 그렇지 않은 경우: 0

[서식 8]

영유아 난청 환아관리 실적 보고

지역명(시·도명) : **보건소명:**

기간 : 20 년 월 일 ~ 월 일

출생아수[1] (A)	선별검사비 신청자수			선별검사비 신청자 중 재검 판정아수[2]		재검률		확진검사비 신청자수	
	당분기(b)	누계(B)	지원율 (B/A*100)	당분기(c)	누계(C)	당분기 (c/b*100)	누계 (C/B*100)	당분기	누계

확진검사비 신청자 중 난청 진단자수[3]		난청 진단자의 난청 분류[4]		난청 고위험군[5]		예산(국비, 누계)		
당분기	누계	보청기 지원대상	청각장애	당분기	누계	교부액	집행액	집행 잔액

1) 해당 시군구 지역의 출생신고 인원
2) 선별검사비 신청자 중 일측 또는 양측 재검(refer) 판정을 받은 인원
3) 확진검사비 신청자 중 확진검사 결과 난청 진단 인원
 * 한 귀 또는 양 귀의 청력역치가 40dB 이상인 경우 난청으로 진단
4) 1.영유아 보청기 지원대상 난청: 청력이 좋은 귀의 청력역치가 40~59dB인 경우, 2.청각장애 난청: 양 귀의 청력역치가 60dB 이상인 경우
5) 신생아중환자실에 5일 이상 입원아수