



사회복지법인 밀알복지재단

입수 일시	2020.04.28	팀장		관장	
가수 번호	4-89	담당		사무 국장	
입수 부서		부서		부장	

수 신 강남세움복지관 외 241곳

(경유)

제 목 밀알복지재단 '안면장애수술비지원사업' 대상자 추천 안내

1. 귀 관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 사회복지법인 밀알복지재단은 1993년 설립되어 국내 장애인, 노인, 지역복지 등을 위한 50개 운영 시설과 8개 지부를 운영하고 있으며, 해외 14개국에서 특수학교 운영, 빈곤아동지원 등 국제개발협력사업을 수행하고 있습니다.
3. 본 재단의 '안면장애수술비지원사업'을 안내 드리오니 대상자 추천에 참고하여 주시기 바랍니다.

가. 사업개요

- 1) 사 업 명: 안면장애수술비지원사업
- 2) 지원내용: 입원 및 수술비(최대 500만원)
- 3) 신청대상: 안면관련 수술이 필요한 전 연령 대상자
- 4) 접수기간: 상시접수
- 5) 접수방법

가) 이메일: miral9135@miral.org

나) 팩 스: 02-3411-4779

다) 우 편: (06349)서울 강남구 밤고개로1길 34 한울오피스텔 5층

※우편 발송 시 분실 우려가 있으니 이메일 신청을 권장함

나. 문 의: 밀알복지재단 국내지원팀 김상아 간사(Tel. 070-7462-9048)

- 붙임 1. 포스터 1부
2. 사업안내문 1부
3. 신청서 및 정보제공 동의서 각 1부. 끝.

사회복지법인 밀알복지재단



간사 김상아 팀장 김래홍 부장 이현진 본부장 황대벽 사무처장 장량 상임대표 정형석
협조자

시행 국내사업부-1614(2020.04.24) 접수
우 06349 서울특별시 강남구 밤고개로1길 34 (수서동)
전화 02-7462-9135 전송 02-3411-4779 / sakim@miral.org

/ http://www.miral.org/
/ 공개

안면장애 수술비 지원 사업 안내문

1. 사업개요

- 가. 목 적: 선·후천성 안면장애 및 화상장애 등 치료가 필요한 저소득 가정 대상자에게 전문 의료 서비스를 제공하여 흉터를 최소화하고, 안면 대칭성 등 회복을 도모하며 의료비 부담을 절감.
- 나. 신청기간: 상시접수
- 다. 신청대상: **안면관련 수술이 필요한 전 연령 대상자**
- 라. 지원내용: 입원 및 수술비(최대 500만원)

2. 신청자격

가. 의료적 기준

구분	상세 내용
지원 수술	구순구개열 수술, 화상흉터 제거수술, 안면비대칭 회복을 위한 양악수술, 고난이도 임플란트, 상안검, 하안검 수술(눈피부겹침), 반점, 백반증 시술, 귀 모형 기형에 따른 연골수술, 보톡스 시술, 기타 안면장애 관련수술 일체

나. 경제적 기준

- 1) 국민기초생활수급자, 차상위자, 일반 저소득자(아래 소득기준표 참고)

<일반 저소득자 소득기준>

가구원수	월평균소득 기준금액 (중위소득 80% 이하)	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합(직장+지역)
2인 가구	2,394,000	79,924	45,003	80,076
3인 가구	3,096,000	104,090	95,023	105,268
4인 가구	3,799,000	126,909	118,159	128,407
5인 가구	4,502,000	151,927	150,605	153,994
6인 가구	5,205,000	174,636	178,276	177,425
7인 가구	5,912,000	198,402	207,077	201,381

출처: [보건복지부 고시 제2019-173호, 2020.1.1. 시행]

※ 월평균소득 및 가구원수의 경우 배우자 및 자녀, 부모 모두 포함하여 합산 및 산정

※ 월평균소득 기준금액은 보건복지부에서 고시한 '2020년 기준 중위소득'의 80%를 적용

3. 신청기간 : 상시접수

4. 신청서류

구분	제출서류(3개월 내 발행본)		
공통 제출	필수	■ 지원신청서 1부, 개인정보제공동의서 1부 ■ 주민등록표등본 1부 ■ 주거증명서류 1부(임대차계약서, 무료임대확인서, 등기부등본 중 택1)	
해당자 제출	선택	■ 의료진단서 ■ 의료소견서 ■ 장애인 증명서	
	부채 보유자	■ 부채증명원(채무확인서 또는 차용증) * 차용증 없을 시, 채권자·채무자명과 금액 작성	
	세대유형	수급자	■ 기초생활수급자 증명서
		차상위	■ 차상위계층 증명서
		일반 저소득자	■ 건강보험 납입확인서

※ 모든 서류는 주민등록번호 뒷자리 등 개인정보를 삭제하고 제출해 주시기 바랍니다.

5. 신청방법 (이메일 · 우편 · 팩스 中 택일)

신청방법	상세내용
이 메 일	■ 메일주소: miral9135@miral.org ■ 메일 제목은 「안면장애 수술비지원 신청_신청인명」으로 작성 ■ 홈페이지에서 신청서류양식 다운로드 가능 ■ 홈페이지주소: www.miral.org
우 편	■ 우편주소: (06349)서울 강남구 밤고개로1길 34 한울오피스텔 5층 ■ 홈페이지에서 신청서류양식 다운로드 가능 ■ 홈페이지주소: www.miral.org
팩 스	■ FAX번호: 02-3411-4779

※ 문 의: 070-7462-9135(내선:9048/내방접수 불가)

6. 지원절차



※ 서류 및 대면상담 결과는 합격자에 한하여 개별 유선 안내합니다.

순번	구분	상세내용	진행 주체
1	수술일 확정	유선으로 담당자에게 통보	대상자, 추천기관(해당)

순번	구분	상세내용	진행 주체
2	서류 제출	P2(4.신청서류 5.신청방법) 참고	대상자, 추천기관(해당)

순번	구분	상세내용	진행 주체
3	대면상담 (유선으로 대체 가능)	대상자 적격여부 판단	밀알복지재단 담당자

순번	구분	상세내용		진행 주체
4	최종선정	제출시기	퇴원 후 5일 이내	병원 및 의료 기관, 추천 기관(해당)
		제출방법	- 등기발송 - 우편주소: (06349)서울 강남구 밤고개로1길 34 한울오피스텔 5층	
		제출서류	- 영수증 첨부 - 통장사본 - 사업자등록증 각 1부	

순번	구분	상세내용		진행 주체
5	수술비 지급	시점	병원 및 대상자 요청 서류 접수 후	밀알복지재단 담당자
		방법	익월 15일내 병원으로 직접 지급	

※ 12월 선정대상자는 차후년도 3월까지 지원

7. 선정기준

기준	상세내용
의료적 상황	■ 대상자 상태에 따른 수술이 진행이 시급한가?
경제적 상황	■ 경제현황, 생활현황이 자격기준에 부합하는가?

8. 지원내용

구분	상세내용
지원금	■ 입원 및 수술비 최대 500만원 지원 (초과 시 본인 부담) ※ 대면(또는 유선) 상담 및 내부 논의를 통해 적합한 항목으로 지원

※ 수술 전/후 외래진료비, 상급병실료, 제증명료는 지원 제외 항목입니다.(단, 대상자 감염 등 상급병실 사용이유가 명확하거나 보험이 되는 상급병실의 경우 지원가능)

9. 유의사항

가. 당해 연도 동안 1회만 신청 가능하나, 추가 치료가 필요할 시 후원금 잔액 내에서 동일한 수술지원 가능 함

나. 제출서류를 허위로 작성하여 제출하거나 내용이 상이할 경우 지원 대상에서 제외되며, 이미 지원받은 경우 지원금 전액을 반환해야 함

다. 서류접수 후 대면상담 전 주민등록표등본, 소득입증서류, 주거증명서류, 의료증명서류 등을 제출해야 하며 제출된 서류는 반환되지 않음

라. 당해 연도 동안 지원받은 가구 구성원도 자격 충족 시 지원 가능함

마. 잠정적 수술이 취소되었거나 수술이 장기간 연기된 경우 결격 및 취소될 수 있음

바. 상담 및 제출서류 등 사업수행에 대해 비협조적인 경우 결격 및 취소될 수 있음

사. 선정 이후 동일한 내역으로 타 기관에 의해 중복지원이 된 경우 결격 및 취소될 수 있음

아. 최종 선정자는 사업홍보 및 마케팅 활동에 참여를 요청 할 수 있음(각종 매체와의 인터뷰, 사진촬영, 영상물 등)

자. 지원일정 및 금액은 진행현황에 따라 일부 변경될 수 있음