

# 추천 기준

## □ 신청자격 및 제출서류

구 분		내 용
신청 자격	소 득 / 재 산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 국민기초생활수급자 또는 차상위계층 가정</li> <li>■ 차차상위계층 가정(재산세 10만원 및 건강보험료 기준 모두 미만)</li> </ul>
	기 타	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 건강보험 미적용 아동                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 성장호르몬결핍증, 터너증후군, 만성심부전증 등의 사유로 성장호르몬제 건강보험 혜택을 적용받고 있는 아동은 지원대상에서 제외함</li> </ul> </li> <li>■ 표준성장발육곡선상 하위 10% 이하 아동                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 단, 추천의가 치료 필요성을 인정하는 경우 지원대상에 포함함</li> </ul> </li> </ul>
제출서류		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 공통                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지원신청서, 개인정보제공동의서, 전문의추천서 주민등록등본(뒷자리 비공개)</li> </ul> </li> <li>■ 소득 증빙 서류                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 국민기초생활수급자 또는 차상위계층 가정 : 국민기초생활수급자 증명서 또는 차상위계층 증명서</li> <li>2) 그 외 경우 : 건강보험료 납부확인서(국민건강보험공단 발급), 지방세 세목별 과세증명서(주민센터 발급)</li> <li>* 조회기간 : '24년 1월 ~ '24년 12월</li> <li>* 등본상 부, 모 서류 각 제출 (한부모 가정의 경우, 세대주 서류 제출)</li> </ul> </li> </ul>

## □ 건강보험료 기준

구 분	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
월평균소득	2,356,870 원	3,017,380 원	3,667,144 원	4,285,270 원	4,875,756 원
보험료	83,551 원	106,966 원	130,000 원	151,913 원	172,846 원

\* 2024년 소득기준, 근로소득자 및 자영업자 동일 적용

# 의사추천서

## □ 진단소견 및 추천

환아정보(백분위수, 성장속도, 검사결과, 경제상황 등)를 포함하여  
추천서를 작성하여 주시기 바랍니다.

2025년    월    일

\_\_\_\_\_ 병원    \_\_\_\_\_ 과

검진의사    \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

(예상소요 :    펜)    (전화번호:    )

\* 펜타입(36IU) 기준

# 지 원 신 청 서

※ 지원신청서 기재 착오 또는 누락, 연락불능(기재 연락처), 첨부서류 미제출 등으로 인한 불이익에 대한 책임은 신청자 본인에게 있으며, 제출된 서류는 반환하지 않습니다. (환부 필요시 별도 요청)

신청자 : (인) / 치료대상자와의 관계:

## □ 인적사항

치료 대상자	성 명		성별/생년월일	/	
	신 장	cm	장래희망		
	주 소				
	연락처1			연락처2	
가족사항	성 명	관 계	(만) 연 령	직 업	비 고
제출시 첨부서류	기초생활수급자, 차상위계층	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주민등록등본(뒷자리 비공개)</li> <li>- 국민기초생활수급자 증명서 또는 차상위계층 증명서</li> </ul>			
	그 외 경우	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주민등록등본(뒷자리 비공개)</li> <li>- 건강보험료 납부확인서(국민건강보험공단 발급, '24년 1월 ~ 12월)</li> <li>- 지방세 세목별 과세증명서(주민센터 발급, '24년 1월 ~ 12월)</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">* 건강보험료 납부확인서와 지방세 세목별 과세증명서의 경우, 등본상 부, 모 서류 각 제출((한부모 가정의 경우, 세대주 서류 제출)</p>			

## □ 가정환경 및 경제상황

## 저신장애 성장호르몬제 지원사업 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

사회복지법인 엘지복지재단에서는 저신장애 성장호르몬제 지원사업과 관련해 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정해주시기 바랍니다.

### □ 개인정보의 수집·이용 내역

항목	수집 목적	보유기간
성명, 성별, 생년월일, 주소, 신장, 연락처, 가족사항	대상자 선발 및 적격여부 판단, 사업 수행	3년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 지원 신청에 제한을 받을 수 있으며, 지원대상자 선발 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2025년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2025년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

### □ 민감정보 처리 내역

항목	수집 목적	보유기간
건강정보, 재산정보(보호자 소득 등)	대상자 선발 및 적격 여부 판단	3년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 지원 신청에 제한을 받을 수 있으며, 지원대상자 선발 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2025년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2025년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

### □ 개인정보의 제3자 제공 내역

제공받는 자	제공 목적	제공 항목	보유기간
진료병원, 성장호르몬제 제공/발송처	성장호르몬제 지원 내용 확인, 처방전 및 인수증 수령	기본정보, 건강정보, 성장호르몬제 지원수량 및 기간	2년
지주사/협력사	사업 수행 지원 및 홍보	환아사연	3년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 지원 신청에 제한을 받을 수 있으며, 지원대상자 선발 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2025년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2025년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

법인에서 관리하는 개인정보는 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않습니다. 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거, 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집·이용 및 제공에 관한 동의 여부에 대하여 최종 확인 하였습니다.

2025년 월 일 동 의 인 성명 (서명 또는 인)

**사회복지법인 LG복지재단 귀중**