



목적

선천성대사이상의 유무를 조기에 발견·치료하고 특수식이 등을 지속적으로 지원함으로써 정신지체 등 장애발생을 사전에 예방

선천성대사이상 검사비 지원
지원대상

(선별검사) 기준 중위소득 180% 이하 가구, 다자녀(2명 이상)가구 영아는 소득수준에 관계없이 지원

※ 첫째로 출생한 쌍둥이는 다자녀로 인정

(확진검사) 소득기준 없음

기준중위소득 180% 소득판정기준표(2020년 기준)

(단위 : 원)

가구원수	기준 중위소득(180%)	건강보험료 본인부담금(고지금액 기준)		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,386,000	180,237	185,031	183,101
3인	6,967,000	233,076	249,194	237,652
4인	8,549,000	286,647	308,952	298,124
5인	10,130,000	343,406	368,522	368,580
6인	11,711,000	402,261	426,790	437,059
7인	13,301,000	471,545	495,914	519,517
8인	14,892,000	519,517	544,044	602,065

* 건강보험료 본인부담금액 : 장기요양보험료 미포함 금액임

* 부부가 맞벌이 가구인 경우, 부부 중 건강보험료가 낮은 배우자의 보험료를 50%만 적용하여 합산

지원내용

신생아 선천성대사이상 외래 선별검사비의 (일부)본인부담금 지원

- 출생 후 28일 이내 실시한 건강보험이 적용된 선별검사

※ 단, 출생일 기준 28일 이후 실시하였으나 건강보험이 적용된 경우는 지원 가능

- 1회 지원이 원칙이나, 유소견 검사결과에 따라 선별검사 재실시한 경우 1회에 한하여 추가지원 가능(최대 2회)

유소견 판정 후, 확진검사를 받은 경우 확진검사비의 (일부)본인부담금 지원

- 확진검사 결과 선천성대사이상 환아로 판정된 경우에만 지원(7만원 한도)

※ 검사비 외 항목(진찰비 등)은 지원 제외

신청기한

출생일로부터 1년 이내

신청장소

영아의 주민등록 주소지 관할 보건소

구비서류

선천성대사이상 검사비 지원 신청서 1부

검사비 영수증, 검사비 세부내역서 원본 각 1부

입금계좌통장 사본 1부

확진검사비 : 진단서 등 확진 관련 증빙서류 1부

선천성이상아 : 진단서 원본, 입·퇴원확인서(질병명 및 질병코드 포함) 각 1부

주민등록등본 1부(가족 별도 주소지인 경우 가족관계증명서 필요)

건강보험증 사본 및 신청일 기준 전월 건강보험료 본인부담금 납부확인서 각 1부(단, 맞벌이부부일 경우, 부부 모두 첨부)

(전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우 생략 가능)

휴직자 : 재직증명서(휴직기간 표시) 및 최근월분 급여명세서 각 1부

선천성대사이상 환아관리
지원대상

확진검사 결과 선천성대사이상 및 희귀 등 기타 질환으로 진단받아 특수식이 또는 의료비 지원이 필요한, 신청일 기준 만 19세 미만 환아

※ 만 나이는 출생일 기준 산정, 만 19세가 도래한 달까지만 지원

지원내용

특수식이 지원

- 선천성대사이상 질환 : 특수식이(특수조제분유, 저단백햇반) 지원

* 대상질환 : 고전적 페닐케톤뇨증, 타이로신혈증, 단풍시럽노병, 메틸말론산혈증/프로피온산혈증, 아이소발레린산혈증, 지방산대사장애, 호모시스틴뇨, 요
소회로대사장애, 글루타르산뇨, 고글라이신혈증, 갈락토스혈증, 고칼슘혈증

- 희귀 등 기타 질환 : 특수식이(특수조제분유) 지원

* 대상질환 : 크론병, 단장증후군, 담도폐쇄증, 장림프관확장증

의료비 지원(선천성 갑상선기능저하증)

- 지원범위 : 선천성 갑상선기능저하증 치료를 위해 발생한 의료비

※ 지원제외 : 치료와 직접적으로 관련이 없는 항목

- 지원한도 : 환아 등록일 기준 연 25만원

신청기한

의료비지원(선천성 갑상선기능저하증) : 다음 연도의 등록일 전날까지 지난 1년 간 발생한 의료비에 대해 보건소에 신청

신청장소

환아의 주민등록 주소지 관할 보건소

구비서류

선천성대사이상 환아관리 신청서 1부

주민등록등본 1부(가족 별도 주소지인 경우 가족관계증명서 필요)

특수식이 지원 : 선천성 대사이상 및 희귀 등 기타질환(크론병 제외)

- 최초신청시, 진단서 원본(분유량, 1일 또는 월간 필요량 등이 기재) 1부

- 환아 등록 이후 변경사항 발생시, 소견서 또는 진단서 1부

특수식이 지원 : 크론병

- 최초신청 및 재발시, 진단서 원본(분유량, 1일 또는 월간 필요량 등이 기재) 1부

- 추가 신청시, 진료확인서 1부

의료비 지원(선천성 갑상선기능저하증)

- 최초신청시, 진단서 원본 1부

- 진료비(약제비 포함) 영수증 및 세부내역서 각 1부

- 최초 신청 및 변경사항 발생시, 입금계좌통장 사본 1부

문의

방문보건팀 : ☎ 061-470-6538