2026년 생명사랑 치료비 안내



지원 대상
- 경기도민(치료비 발생일 및 지원 신청일 기준)
- 센터 등록 회원 또는 등록에 동의한 자
- 자살 시도하였거나, 자살위험성이 높은 경우
- 자살유족으로서 심리적 어려움을 겪고 있는 경우

지원 내용
- 당해 연도 발생 및 신청 치료비 기준
- 자살 문제로 인한 정신건강의학과 진료비, 입원비, 약제비, 검사비
- 자살 시도로 인한 신체 손상 관련 응급실, 내과·정형외과 등 진료비, 입원비, 약제비, 검사비
- 제증명료(연 1회)
- 비급여 항목 지원 가능
  (자살 시도, 자살 위험성 또는 자살 유족의 심리적 어려움과 직접적으로 관련한 치료에 한함)
- 입원비 중 식비 지원 가능
  (단, 생계급여 수급자는 식비 지원 불가하며, 의료급여 수급자 및 건강보험 가입자는 지원 대상에 포함됨)

지원 금액
- 대상자 1인당 연 40만원 이내
- 금액 및 횟수 제한 없이 한도 내 지급 가능

구비 서류
- 진단서 또는 소견서 1부
  (진료과 제한 없음, 자살 관련 내용 반드시 포함)
  (다른 형태의 병원 정식 발급 서류 갈음 가능)
- 센터 등록동의서
- 생명사랑 치료비 지원 신청서(대상자용, 기관용)
- 진료비(약제비) 계산서·영수증 원본(세부산정내역서 포함)
- 지원 받을 대상 통장사본, 신분증 사본(앞면)
- 보호자 일 경우, 가족관계 증명서 원본

포천시정신건강복지센터
(부설)포천시자살예방센터
문의 | 031-532-1670