[서식 3]

# 2026년 경기도 정신건강 외래치료비 지원
# 개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서(전입시)

※ 전입 지역 기관에서 작성 후, 전출 지역으로 요청

## 1. 개인정보 수집 및 이용 목적

- 경기도 정신건강 외래치료비 지원을 위한 기지원 대상 여부 확인 및 필요서류를 요청하고자 다음과 같이 개인정보를 수집 · 이용 및 제3자 제공하고자 함.

## 2. 개인정보 3자 제공 내역

| 정보 제공 기관 | 제공목적 | 제공항목 |
|---|---|---|
| _____시<br>정신건강복지<br>(자살예방)센터 | 경기도 정신건강 치료비 지원<br>기지원 대상 여부 확인 | 성명, 성별, 생년월일,<br>정신질환 관련 민감 정보 등 |

* 대상자 전출 지역 기관작성

※ **위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.**

그러나 동의를 거부할 경우, 경기도 정신건강 외래치료비 지원 기지원 대상 여부 확인 등 불가하여 치료비 지원에 제한받을 수 있습니다.

## 3. 개인정보 보유 및 이용 기간

- 동의한 날로부터 10년까지

## ▮ 필수 안내사항

※ **개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한), 제24조(고유식별정보의 처리 제한) 등에 따라 귀하의 동의를 받고자 합니다.**

- 개인정보 제공자가 동의한 정보는 치료비 지원 이외의 업무에는 다른 목적으로 사용하지 않습니다.

## ▮ 제공 정보 및 요청사항

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 성명(신청자) | | 성 별 | ☐ 남 ☐ 여 | 생 년 월 일 | |
| 요 청 서 류 | ☐ 초진연도 확인서류 ☐ 질병코드 확인서류 ☐ 수령방법 관련 서류<br>☐ 기타( ) | | | | |
| 제 공 정 보 | • 전년도 지원 여부 • 당해 지원 여부 • 지원 금액 • 지원 기간 등 | | | | |

## ▮ 동의 여부

**상기 본인은 경기도 정신건강 외래치료비 지원을 위한 개인정보(민감정보) 수집 및 이용에 동의합니다.**

☐ 동 의 ☐ 비 동 의

**2026년 월 일**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 성 명<br>(환 자 본 인) | (인) | 법 정 대 리 인 | (인) |
| | | 관 계 | ☐ 부 ☐ 모 ☐ (외)조부 ☐ (외)조모<br>☐ 자녀 ☐ 기타 ( ) |

정신건강사업안내[청소년·청년 정신건강 조기중재사업]에 따라 18세 이하 청소년의 경우 법정대리인의 동의가 필요합니다.

**시(군)정신건강복지(자살예방)센터장 귀하**