

치매치료관리비 지원 신청 안내

- 신청기간 : 연중
- 신청대상 : 만 60세 이상 치매치료제를 복용중인 치매환자
- 지원내용 : 치매약제비 본인부담금 및 약처방 당일의 진료비 보험급여분 중 본인부담금(월 3만원(연 36만원) 상한)
- 선정기준 : 연령기준·진단기·치료기준·소득기준 모두 충족한 자
 - (연령기준) 만 60세 이상(초로기 치매환자 가능)
 - (진단기준) 의료기관에서 치매로 진단을 받은 치매환자(질병코드 기준 적합)
 - (치료기준) 치매치료제 성분이 포함된 약을 처방받은 자
 - (소득기준) 기준 중위소득 120% 이하(건강보험료 본인부과액이 기준액 이하인 자만 지원)
- ※ 기초생활수급자, 의료급여수급자, 차상위계층 자격자는 충족으로 판정
- ※ 제외대상 : 보훈대상자의료지원 대상자, 의료급여본인부담금상한제 대상자, 의료급여본인부담금보상제 대상자, 긴급복지의료지원 대상자

<2023년도 치매치료관리비지원 대상 건강보험료 본인부과액 기준>

(단위 : 원)

가구원수	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인	8인	9인
직장 가입자	88,620 (99,972)	147,280 (166,147)	189,109 (213,334)	230,142 (259,623)	272,226 (307,098)	309,670 (349,339)	346,067 (390,398)	403,785 (455,510)	434,962 (490,681)
지역 가입자	19,805 (22,342)	105,944 (119,515)	147,855 (166,795)	196,236 (221,374)	249,281 (281,214)	293,801 (331,437)	335,569 (378,555)	402,840 (454,444)	436,179 (492,054)

※ ()안은 노인장기요양보험료 포함 금액

○ 신청서류

- 지원 신청서, 개인정보 수집·이용·제공 동의서, 위임장(대리인 신청시에 제출)
- 대상자 신분증 및 본인 명의 통장 사본
 - ※ 가족 등 신청 및 가족 명의 통장 신청(제출) 시 신분증 및 가족관계 증빙 서류 제출
- 주민등록등본(행정정보 공동이용 사전동의서 제출 시 생략)
- 신청 당해연도 발행된 치매치료제 포함된 약처방전 또는 약품명 기재된 약국 영수증
- 신청일 전월 기준 건강보험료 납부확인서 및 건강보험증 사본(행정정보 공동이용 사전동의서 제출 시 생략)
- 지원 신청자와 대리 신청자(가족)의 주소지가 다를 경우(가족관계 증빙서류 제출)
- 치매환자 미등록자 : 소견서 또는 진단서(최초 진단일, 질병코드, CDR 또는 GDS 점수 포함)

○ 신청장소 : 군산시치매안심센터(공단대로 482) 또는 분소

문의

- 군산시치매안심센터 ☎454-5870 / 군산시보건소 ☎454-5868~9
- 대야분소(대야면보건지소) ☎454-5081 / 중앙분소(군산노인종합복지관) ☎445-5870
- ※ 중앙분소는 화·수·목 14:00~18:00 운영