

2024년 12차 저신장 어린이 성장호르몬제 무상지원 복지 프로그램

지원대상

사회 취약계층 저신장 어린이로서 재단지정 의료기관 의사의 처방전 제출자로 아래 각 목에 해당되는 자

◆ 지원대상자 구분

지원대상	복지 유형별 증빙서류
(1) 수급자 가정	수급자 증명서
(2) 차상위 가정	차상위 증명서
(3) 한부모 가정	한부모가족 증명서
(4) 건강보험료 월10만원 미만	건강보험료 (월)10만원 납부영수증/고지서 (월10만원 초과 시, 가구원수에 따른 적용)
(5) 시설입소자	시설입소 확인서
(6) 지자체장 추천(공문+해당 증빙서류)	(제목) 소외계층 및 저소득가정 저신장 환자 성장호르몬제 의약품 무상지원대상자 추천

◆ 자격요건

1. 기초생활수급자

(보건복지부 2024년 급여종류별 수급자 선정기준/단위:원)

구 분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
생계급여수급자 (기준중위소득 32%)	713,102	1,178,435	1,508,690	1,833,572	2,142,635	2,437,878	2,724,798
의료급여수급자 (기준중위소득 40%)	891,378	1,473,044	1,885,863	2,291,965	2,678,294	3,047,348	3,405,998
주거급여수급자 (기준중위소득 48%)	1,069,654	1,767,652	2,263,035	2,750,358	3,213,953	3,656,817	4,087,197
교육급여수급자 (기준중위소득 50%)	1,114,223	1,841,305	2,357,329	2,864,957	3,347,868	3,809,185	4,257,497

※ 기타 기초생활수급자 자격 요건은 보건복지부 홈페이지에서 확인 가능

2. 차상위계층

기초생활보장제도(기초생활수급자) 조건에 해당되지 못한 계층 중 매년 보건복지부가 고시하는 기준 중위소득의 50% 이하인 저소득가구로서 보건복지부나 주민센터를 통해 차상위계층임을 확인받은 가정
(보건복지부 2024년 중위소득 기준/단위:원)

가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
기준중위소득	2,228,445	3,682,609	4,714,657	5,729,913	6,695,735	7,618,369	8,514,994

3. 한부모 가정

한부모가족, 조손가족, 청소년 한부모가족으로서 가구선정 기준 및 소득인정액 기준을 모두 충족한 경우 지원결정 가능

(2024년 지원가구별 소득인정액 기준/단위:원)

구분		2인	3인	4인	5인	6인
2024년 기준 중위소득		3,682,609	4,714,657	5,729,913	6,695,735	7,618,369
한부모 및 조손가족	기준 중위소득 63%	2,320,044	2,970,234	3,609,845	6,695,735	7,618,369
	기준 중위소득 65%	2,393,696	3,064,527	3,724,443	4,352,228	4,951,940
청소년 한부모가족	기준 중위소득 72%	2,651,478	3,394,553	4,125,537	4,820,929	5,485,226

4. 2024년 건강보험료 산정 기준 - 월 10만원 초과 시, 가구원 수에 따른 적용

(2024년 기준중위소득 100%/단위:원)

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	3,683,000	130,901	74,359	132,127
3인	4,715,000	167,876	123,611	169,859
4인	5,730,000	205,281	156,318	208,153
5인	6,696,000	239,074	195,321	243,098
6인	7,619,000	271,291	233,543	277,236
7인	8,515,000	304,986	271,091	314,423

지원내용

- 성장호르몬제 의약품 지원(의약품명 : 동아ST 그로트로핀투 주사액 카트리지 20-30IU)

■ 지원기간 및 지원인원

- 지원 기간 및 용량 : 1년간 환아 1인당 총 1,800-2,700IU 투여(90일 단위)
 - ※ 환아 1인당 1년 동안 1,800-2,700IU 투여 최대 지원기준
- 지원인원 : 000명

■ 접수기간 / 선정통보 및 의약품 전달시기

- 접수기간 : 당해년도 8월부터 10월까지 선착순 지원(예산 소진시 조기마감)
- 선정통보 : 지원 적격여부 심사 후, 접수일 기준 15일 전후 문자로 결과 통보함
- 의약품 전달시기 : 선정 문자 통보 이후, 30일 이내 및 90일 단위로 전달
(단, 사정상 변경될 수 있음)

■ 신청방법 및 결과통보 절차

- 진료 >> 구비서류 준비 >> 한마음사회복지재단중앙회에 Fax 또는 우편신청 >> 서류 심사 및 선정(→ 지원 대상자에게 결과 문자 통보) >> 1개월 이내 담당 간호사의 전화(방문) 안내 → 의약품 전달(90일 단위)

■ 구비서류(공통)

- ① 성장호르몬 의약품 무상지원 신청서(협력병원에 비치)
- ② 성장호르몬 수기 처방전 1부(재단 협력병원 발부)
- ③ 복지 유형별 증빙서류 1 부
- ④ 개인정보 수집·활용 및 3자 제공동의서(사회복지공동모금회장 귀중)

<증명을 위한 추가 첨부서류>

- ⑤ 주민등록등본 및 가족관계증명서 1부(필요시 제출)

한마음의료바우처 복지사업단

-성장호르몬제 지원사업단-

전화 02)3775-4411 / 팩스 02)3775-1769

(문의시간 평일10:30~17:00)