

수신 치매치료관리비 정기 소득조사 대상자
(경유)

제목 2026년 하반기 치매치료관리비 지원 대상자 정기 소득조사 실시 및 자격관리 안내

1. 「치매관리법」 제12조(치매환자의 의료비 지원 사업) 및 동법 시행령 제10조(의료비 지원대상·기준 및 방법 등)에 따라, 기 등록자의 소득을 정기적으로 재조사하여 치매 치료관리비 계속 지원 여부를 검토하게 되어있습니다.
2. 이에, 2026년 하반기 치매치료관리비 지원 대상자 정기 소득조사를 실시하오니 첨부된 서류 작성하여 **2026. 10. 30.(금)까지** 조속히 제출하여 주시기 바랍니다.

가. 제출서류

- 첨부된 행정정보 공동이용 사전 동의서 또는 주민등록등본
- 첨부된 소득재산조사 동의서
(보호자 대리 동의시 위임장 추가 제출)

나. 발급(작성)방법 (※ 문의: ☎ 032-728-6576)

종 류		(발 급/작 성) 방 법
1	주민등록등본	발급방법) - 관할 행정복지센터 방문 - 정부24시 홈페이지 출력
	행정정보 공동이용 사전 동의서	또는 작성방법) ① 동의인(치매 진단자) 인적사항 작성 ② 동의인 서명 사인 또는 도장직인 날인 대리인 동의시(첨부된 위임장 추가 제출)
2	소득재산조사 동의서	작성방법) 본인 및 배우자의 자필서명만 가능! 아닌경우 위임장 추가제출 대상자: 치매 진단자 배우자: 주민등록등본에 기재된 배우자(등본상 분리된 경우 기재X) ① 대상자 및 배우자 각각 서명칸에 자필서명 사인
		※ 요양원 입소 등으로 대리인(자녀) 작성 시 대상자-배우자 서명칸 공란, 하단 대리인 서명 사인 또는 도장 직인, 첨부된 위임장 추가 제출

성명	주민등록번호	대상자와의 관계	수집동의	서명
홍철수	260914-100000	본인	■	공란
김영희	260914-200000	배우자	■	공란

2026년 9월 00일
대상자 (서명 또는 인)
대리인 홍길동 (서명 또는 인)
대상자와의 관계: 자

다. 제출처: 인천광역시 미추홀구 치매안심센터

라. 제출방법(택 1)

- 1) 미추홀구 치매안심센터 직접 내소하여 제출(송의2동 행정복지센터 5층)
- 2) 미추홀구 치매안심센터 팩스(032-728-6609)로 발송
(☎032-728-6576 수신 전화확인필요)
- 3) 치매치료관리비 담당자 메일(sy2893@korea.kr)로 발송

마. 소득기준: 가구별 소득기준액(기준중위소득 140%이하)

(단위: 원)

가구원수(주민등록등본 기준)	소득인정액
1인(대상자)	3,589,930원
2인(대상자, 배우자)	5,879,000원

3. 소득재산조사는 서류 제출일로 일주일이상 소요되며, ‘결과’는 신청하신 전화번호 문자로 통보될 예정입니다. 지침에 의거, 정기 소득조사결과 ‘적합’ 시 향후 2년 동안 지원자격이 유지되며, 본 정기 소득조사에 응하지 않거나 선정기준을 초과하면 치매치료관리비 지원이 중지됨을 알려드립니다.

※ 지원자격 유지 2년 안에 필요 시 수시 소득 재조사 가능

붙임 2026년 하반기 정기 소득조사 제출 서류 3부. 끝.

미추홀구보건소장



주무관 유수진 치매지원담당 박수진 치매정신건강 전결 2026. 9. 10. 과장 오춘택

협조자

시행 치매정신건강과-14786 (2026. 9. 10.) 접수

우 22169 인천광역시 미추홀구 경인로34번길 20, (도화동) (송의동) / <http://www.michuhol.go.kr>

전화번호 032-728-6576 팩스번호 032-728-6609 / . / 대한민국 공개

국민의 개인정보 보호, 약동하는 미추홀구의 약속