

[서식 1] 빈칸 모두 기재하며 본인이 해당하는 란(□)에 ☒ 표시합니다.

2026년 돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등
지원 사업 신청서

신청자	성명	생년월일	연락처(전화번호)
	주소		
	신청항목	☐ 의료서비스 ☐ 돌봄서비스 ☐ 장례서비스 ☐ 노령동물 종합건강검진	
	대상 구분 ☐ 저소득층(기초생활수급자, 차상위) ☐ 한부모가족 ☐ 중증장애인 ☐ 다문화가족 ☐ 1인가구 ☐ 중위소득 120% 미만 가구 ☐ 기타()		

동물정보

- 동물 이름 :
- 동물등록번호 :
(☐ 내장형 ☐ 외장형)

* 미등록 동물은 등록 완료 후 신청 가능

확인 사항	금년 경기도 타시군에서의 동일 사업에 대한 보조금 수령을 하지 않았습니다. 확인 ☐
-------	---

신청자 본인은 위 내용이 사실임을 확인하고, 「돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원 사업」을 신청합니다. 또한, 중복·부정 수급이 확인되는 경우 선정 취소 및 추후 동일 사업에 참여할 수 없음을 인지하였습니다.

2026년 월 일		
반려견(묘) 소유자(신청자)	성명	(서명 또는 인)

첨부서류

① [서식 2],[서식 3],[서식 4]
② 신청인 신분증 사본(주민등록증, 운전면허증 등), 통장사본 각 1부
③ 주민등록등본(세대주, 세대원 모두 포함) 1부
④ 관련 자격 증빙서류(취약계층 및 건강보험 가입 여부 확인서류)

파주시장 귀하

[서식 2]

개인정보 수집 · 이용 · 제공 및 고유식별정보 처리에 관한 동의서

대상자	성 명		전화번호	
	생년월일		주 소	

본인의 개인정보를 수집 · 이용하거나 제3자에게 제공하고자 하는 경우에는 「개인정보보호법」 제15조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.

이에 본인은 경기도에서 시행하는 돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원사업의 참여자로서 아래의 내용과 같이 본인의 개인정보를 수집 · 이용하거나 제3자에게 제공, 고유식별정보를 처리하는 것에 동의합니다.

1. [필수] 수집 · 이용에 관한 사항

수집 · 이용 목적	▶ 대상자 선정, 상담, 서비스 및 관련 정보 제공 ▶ 돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원사업 신청자 본인 확인 및 자격 증빙 ▶ 통계 분석 및 만족도 조사 등
수집 · 이용할 항목	▶ 개인식별정보 - 성명, 주민등록번호, 성별, 주소 · 전자우편 주소, 전화번호 등 연락처 ▶ 개인식별정보 외에 신청서에 기재된 정보 또는 고객이 제공한 정보 - 주소 이력 내역 등
보유 · 이용 기간	위 개인정보는 수집이용에 관한 동의일로부터 동의 철회 시까지 보유 · 이용할 수 있습니다. 단, 동의 철회일 후에는 위의 기재된 목적과 관련된 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위하여 필요한 범위 내에서만 보유 · 이용됩니다.
동의를 거부할 권리 및 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 후에도 언제든지 철회 가능합니다. 다만, 동의하지 않을 경우 참여자 선정 및 서비스 제공이 제한될 수 있습니다.
동의 여부	위 목적으로 개인정보를 수집이용하는 것에 동의합니다. (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)

2. [필수] 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 자	▶ 동 사업 추진 기관 등
제공받는 자의 이용목적	▶ 통계분석, 설문조사 및 만족도 조사 등

제공할 개인정보 항목	▶ 개인식별정보 - 성명, 주민등록번호, 성별, 주소·전자우편 주소, 전화번호 등 연락처
변경에 관한 사항	위 제공대상 기관, 이용목적, 제공대상 항목 세부적 내용의 변경이 있을 경우에는 변경 내용을 전화 및 우편, 메일로 공지합니다.
제공받은 자의 개인정보 보유 이용기간	개인정보는 제공된 날로부터 동의 철회 시 또는 제공된 목적을 달성할 때까지 보유·이용할 수 있습니다. 단, 동의 철회일 후에는 위의 기재된 목적과 관련된 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위하여 필요한 범위 내에서만 보유·이용됩니다.
동의를 거부할 권리 및 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 후에도 언제든지 철회 가능합니다. 다만, 동의하지 않을 경우 참여자 선정 및 서비스 제공이 제한될 수 있습니다.
동의 여부	위 목적으로 개인정보를 수집이용하는 것에 동의합니다. (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)

3. [필수] 고유식별정보의 처리에 관한 사항

고유식별정보의 수집·이용목적	대상자 선정, 돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원사업 본인 확인 및 자격증빙
수집·이용할 고유식별정보항목	주민등록번호
고유식별정보의 보유·이용기간	위 개인정보는 수집이용에 관한 동의일로부터 동의 철회 시까지 보유·이용할 수 있습니다. 단, 동의 철회일 후에는 위의 기재된 목적과 관련된 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위하여 필요한 범위 내에서만 보유·이용됩니다.
동의를 거부할 권리 및 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 후에도 언제든지 철회 가능합니다. 다만, 동의하지 않을 경우 참여자 선정 및 서비스 제공이 제한될 수 있습니다.
동의 여부	위 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. 고유식별정보: 【주민등록번호】 (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)

본인은 본 동의서의 내용을 이해하였으며, 개인정보 수집이용 및 제공 관련 대상자 권리 안내문에 대해 자세히 설명을 듣고 수령하였습니다.

2026년 월 일

성명 : 서명 또는 (인)

[서식 3] 빈칸 모두 기재하며 본인이 해당하는 란(□)에 ☑표시합니다.

돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원사업 보조금 청구서

신청자	신청항목	☐ 의료서비스 ☐ 돌봄서비스 ☐ 장례서비스 ☐ 노령동물 종합건강검진	
	성명	생년월일	연락처(전화번호)
	주소		
	대상 구분 ☐ 저소득층(기초생활수급자, 차상위) ☐ 한부모가족 ☐ 중증장애인 ☐ 다문화가족 ☐ 1인가구 ☐ 중위소득 120% 미만 가구 ☐ 국가봉사동물 입양자 ☐ 기타()		

동물 정보	동물등록번호: * 미등록 동물은 등록 완료 후 신청 가능
----------	--

신청 내역	금 액: 금 원
	은 행 명:
	계좌번호:
	예 금 주: ※ 지원 한도는 의료·돌봄·장례비 최대 20만원, 노령동물 종합건강검진은 최대 40만원 (보조 80%, 시비 예산으로 자부담 20%에 해당하는 금액 지원)

2026년 「돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원사업」과 관련하여 상기와 같이 보조금을
청구합니다.

반려견 소유자	신청자 성명	2026년 월 일 (서명 또는 인)
-----------	----------	--------------------------------

- 첨부서류 ① [서식4] 서비스 이용 세부내역서
- 병원진료비, 수술비, 예방접종비, 장묘비 등 세부내역 영수증 첨부 필수
② 청구인 통장사본
③ 청구인 신분증(주민등록증, 운전면허증 등)

파주시장 귀하

[서식 4]

서비스 이용 세부내역서

동물 소유자	성명		생년월일							
	주소									
	연락처(전화번호)									
동물 정보	종류		품종		성별		연령		모색	
	동물등록번호									

① 진료 또는 돌봄 내역 (동물병원, 동물위탁관리업소, 동물장묘업소 작성)	② 영수증 (원본 첨부)												
<table><tr><td>서비스 이용 일자 (예시) 2026.3.9.(월)</td><td>서비스 명 혼합백신 접종</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> <table><tr><td>서비스 이용 확인란 (예시) A동물병원 진료수의사 홍길동 (서명 또는 인)</td></tr><tr><td></td></tr></table> ※ 동물병원 및 업소에서는 소유자, 동물정보가 올바른지 확인하신 후 작성하여 주시기 바랍니다.	서비스 이용 일자 (예시) 2026.3.9.(월)	서비스 명 혼합백신 접종									서비스 이용 확인란 (예시) A동물병원 진료수의사 홍길동 (서명 또는 인)		영수증 붙이는 곳
서비스 이용 일자 (예시) 2026.3.9.(월)	서비스 명 혼합백신 접종												
서비스 이용 확인란 (예시) A동물병원 진료수의사 홍길동 (서명 또는 인)													

※ 의료서비스 : 백신접종비, 중성화수술비, 기본검진비, 치료비(수술포함), 예방접종비 등 진료비 일체
※ 돌봄서비스 : 동물 돌봄 위탁비(최대 10일 기준/1일 최대 2만원)
※ 장례서비스 : 반려동물 장례, 화장비 지원
※ 노령동물 종합건강검진 : 종합건강검진 또는 백신 접종비용만 지원 가능, 의료비와 중복지원 불가
※ 영수증 상 세부내역(업소의 정보, 이용날짜, 내역, 금액 등)이 명확하거나 진료기록부, 위탁·장례내역서 등 다른 증빙 서류를 제출하는 경우 동물 소유자와 동물 정보만 기입
(① 진료 또는 돌봄 내역 생략 가능)

[서식 5]

돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 사업신청 취소신청서				
신청인	성명		생년월일	
	주소			
	휴대폰 번호			
취소사유				
상기와 같은 사유로 경기도 돌봄 취약가구 반려동물 의료서비스 등 지원사업 신청에 대하여 위와 같이 취소를 신청합니다. 2026년 월 일 신청인 (서명 또는 인) 파주시장 귀하				