



경기도청소년상담복지센터

고위기청소년 치료비 지원 사업 안내



I. 추진개요

1. 목 적

가. 경제적으로 취약한 고위기 청소년에게 치료비를 지원하여 심리·정서적 위기를 완화하고 건강한 성장을 도모함
 나. 도내 병원과의 협력체계를 구축하여 고위기 청소년 대상 맞춤형 원스톱 지원 시스템을 강화함

2. 대 상 : 경기도 내 9 ~ 24세 치료비 지원이 필요한 고위기 청소년

3. 기 간 : 2026년 4월 ~ 2026년 10월

4. 지원내용

가. 지원금액 : 1인 60만원 이내 ※사례의 경중에 따라 판정회의를 거쳐 차등 지원 및 증액 가능

나. 지원방법

1) 진행방법 : 대상자 선정 → 병원 연계 → 치료비 지원

2) 결제방법 : 경기도청소년상담복지센터(이하 도센터) ↔ 병원 협의

다. 지원범위 : 진료비, 약제비, 검사비, 심리치료비 등

II. 세부 내용

1. 치료비 지원 진행 절차

가. 고위기 청소년 발굴 청소년상담사 - 고위기 청소년 발굴 - 치료비 지원 안내 및 동의 확보	나. 치료비 지원 신청 청소년상담사 - 신청서류 작성 및 도센터 제출	다. 판정회의 및 판정 결과 전달 도센터 담당자 - 판정회의 실시 및 지원 대상자 결과 안내
라. 병원 방문 및 치료 진행 도센터 담당자, 대상자, 병원 - 초진 : 도센터 담당자 예약 및 대상자 동행 방문 - 후속 진료 : 대상자 직접 예약 후 병원 방문	마. 정산 서류 전달 및 치료비 결제 병원, 도센터 담당자 - 병원 : 정산 서류 E-mail 전달 → 도센터 담당자 서류 수령 - 도센터 담당자 → 정산 서류 확인 및 치료비 정산	바. 만족도 조사 실시 도센터 담당자 - 만족도 조사 링크 발송 및 실시

2. 협조사항

가. 고위기 청소년 발굴 및 치료비 지원 안내 후 동의 확보

나. 신청서류 작성 및 도센터 제출

1) 제출 서류 : 의뢰서, 개인정보 수집·이용·제공동의서

2) 제출 방법 : 청소년안전망시스템 내부메일 (수신자 : 노예림)

다. 담당자 연락처 031-248-1318 [내선 505]

III. 상세 절차

