

서식 1

장애인 기회소득 신청서

1. 신청자 인적사항					
성명	생년월일			-	성별 남·여
연락처	기타연락처 (비상연락망)		관계:	/ 연락처:	
주민등록 주소	경기도				
계좌 정보 (참여자)	은행 :	예금주:	사회보장급여 대상여부	<input type="checkbox"/> 국민기초수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 해당없음 ※ 해당항목에 V 표시	
	계좌번호:				
스마트폰	<input type="checkbox"/> 유 (가족 스마트폰으로도 위치 연결 가능) <input type="checkbox"/> 무				
장애정도 및 유형	<input type="checkbox"/> 정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 정도가 심하지 않은 장애인				
	<input type="checkbox"/> 지체장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 신장장애 <input type="checkbox"/> 안면장애	<input type="checkbox"/> 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 심장장애 <input type="checkbox"/> 장루·요루장애	<input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 호흡기장애 <input type="checkbox"/> 뇌전증장애	<input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 정신장애 <input type="checkbox"/> 간장애	<input type="checkbox"/> 중복장애(해당 장애유형을 작성해주세요. ※ 필수 작성)
주의사항	1. 지급 계좌는 지급 대상자 본인의 통장 원칙입니다. - 휴면·적금·청약계좌 등으로는 지급이 불가하오니 반드시 정상 입출금이 가능한 일반 예금 계좌를 기재하여 주시기 바랍니다. ※ 부정확한 계좌 정보 기재로 인한 지급 지연 및 불가에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음				
	2. 중앙부처, 도, 및 기타 지방자치단체 등 유관 기관에서 지원하는 각종 지원금 및 사회보장급여와 중복 수급이 가능하나, 중복 수급에 따라 타 지원금의 수급 자격 또는 급여액의 변동이 있을 수 있으므로 관련 사업 담당자와 반드시 사전에 상의 한 후 신청바랍니다. ※ 본 사업의 신청으로 인한 타 사업 및 보장의 자격 박탈 및 급여액 감소 등에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음				
	* 신청인 본인(대리인)은 위의 주의사항을 고지 받았습니다. <input type="checkbox"/> 확인 (박스에 v표시)				
안내 사항	본 사업은 시범사업 형태로 시행되므로, 2025년 이후 지원 대상 및 지원 기준, 지원 기간 등 세부사업 내용이 달라질 수 있습니다.				
*신청인 별도 첨부서류 : 개인정보제공동의서 1부. 사회보장급여(자격)사실확인서(해당되는 경우) 1부.					
위와 같이 장애인기회소득을 신청합니다.					
2025년 월 일					
본인 성명				(서명 또는 인)	
법정대리인 성명				(서명 또는 인)	
경기도지사 귀하					

서식 3 **위임장**

위 임 장				
위임자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	연 락 처			
위 임 받 는 자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	연 락 처			
※ 확인 서류 : 위임자 신분증 사본 1부. 위임받는자 신분증 원본제시 * 신분증은 주민등록증, 운전면허증, 여권 중 제시				
<p>상기 위임인은 위임받는자에게 2025년 경기도 장애인 기회소득 지급 신청에 대한 권한을 부여합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 위임일자 : 년 월 일 위 임 인 : (서명 또는 인) </p> <p>경기도지사 귀하</p>				