붙임 1 **장애인 이동용 보조기기 수리 사업 추진절차**

① 보조기기 수리 신청 (동 행정복지센터)	□ **동 행정복지센터에 방문**하여 신청서 제출 □ 제출서류 ○ 수리 신청서 ○ 서약서 및 실태조사표 ○ 개인정보 제공 동의서 ○ 장애인증명서(담당자 전산 확인) ○ 수급자증명서 / 차상위증명서(담당자 전산 확인) ○ 건강보험자격확인서 & 건강보험납부확인서(최근6개월) (중위소득 100% 이하 등록장애인에 해당) (건강보험자격득실확인서 X) ※ **실태조사표 만족도에 대한 사항은 수리 후 구청 담당자 작성** ※ 민원인이 보조기기 **수리업체 선택** ※ 중복지원 방지를 위해 **연1회** 지원 안내 **※ 민원인 안내사항** - **적격 통지 후 3개월 이내에 수리해야함** - **1회(최대 3개월)에 한하여 연장신청가능, 예산소진시 지원불가**
⇩	
② 신청서 접수 (구청)	□ 동 행정복지센터에 제출한 신청서 및 일체서류를 **구청 사회복지과**로 송부
⇩	
③ 보조기기 수리 지원 적격 통지 (구청)	□ 민원인에게 보조기기 수리 지원 적격•부적격 여부 통보 ※ 적격 대상자의 『수리 의뢰서』 수리업체에도 송부
⇩	
④ 보조기기 수리 (지정업체)	□ 수리 의뢰서 수령 □ 수리 지원 가능 여부•지원한도 확인 □ **기준초과금액은 본인부담금임을 안내** □ 수리 완료 후 수리확인서 수령 □ 수리완료 후 청구서류 익월 10일까지 제출(건별 청구) **※ 연장신청서 제출(구청)에 한해 1회(최대 3개월) 연장 가능하며, 예산 소진시 지원불가**
⇩	
⑤ 수리비 지급 (구청)	□ 수리업체 청구서류 제출 ○ 수리비용 청구서 1부 ○ 수리 확인서 1부 ○ 수리 전·중·후 사진 1부 **(타임스탬프로 찍은 사진 첨부)** ○ 견적서 및 세금계산서 각 1부 ○ 통장사본 1부 ※ 구청 담당자 검토후 제출 서류 보완요청 가능

붙임 2

장애인 이동용 보조기기 수리 신청서

1. 인적사항

성 명		생년월일		성 별	
주 소	(연락처)				
수 급 유 형 (해당란에 ☑표시)	□수급자 □차상위 □일반(중위소득 100%이하)				

2. 신청내용(해당란에 ☑표시)

장 애 유 형		장애정도	□ 심한장애 □ 심하지 않은 장애
보조기기유형 (해당란에 ☑표시)	□ 의 료 용 스 쿠 터 □ 전 동 휠 체 어 □ 수 동 휠 체 어		
수 리 업 체			

수리를 요하는 부위	교부(대여·수리)상 특별히 희망하는 사항
ex) ○ 고장증상: • 타이어 펑크, 발판 파손, 모터소음	

「수원시 장애인 이동권 증진을 위한 이동용 보조기기 지원 조례」 제9조제1항에 따라 장애인 이동용 보조기기 수리 서비스를 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

수원시 ○○구청장 귀하

1. 개인정보 수집·이용 제3자 제공 동의서 1부 2. 장애인증명서, 수급자증명서, 차상위증명서(담당자 전산 확인) 3. 건강보험료 납부확인서 또는 전월 건강보험료 영수증 1부 4. 서약서, 실태조사표 각1부	수수료
	없 음

붙임 3

장애인 이동용 보조기기 수리 지원을 위한 개인정보 수집·이용, 제3자 제공 동의서

장애인 이동용 보조기기 수리 지원을 위하여 개인정보보호법 규정에 따라 처리하는 개인정보의 항목, 수집 목적, 보유 및 이용 기간을 안내드리오니, 자세히 읽은 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

☐ **개인정보 수집·이용 내역**

항 목	수집목적	보유기간
신청자 성명, 주소, 전화번호, 수리비 지원 대상(국민기초생활보장법상 수급자 및 차상위계층, 국민건강보험 가입 장애인) 여부, 수리 의뢰 사항 등	장애인 보조기기 수리 지원을 위한 이동용 보조기기 수리업체 자료 제공	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우, 원활한 장애인 보조기기 수리가 불가능하여 서비스 지원에 어려움이 따를 수 있습니다.

☞ **위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데에 동의하십니까?**
☐ 동의함, ☐ 동의하지 않음

☐ **개인정보 제3자 제공 내역**

제공받는 기관	이용목적	제공하는 항목	보유기간
수원시 행정기관 및 이동용 보조기기 수리업체	장애인 보조기기 수리 지원을 위한 이동용 보조기기 수리업체 자료 제공	신청자 성명, 주소, 전화번호, 수리비 지원 대상 (국민기초생활보장법상 수급자 및 차상위 계층, 국민건강보험 가입 장애인) 여부, 수리 의뢰 사항 등	5년

※ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우, 원활한 대상자 심사가 불가능하여 서비스 지원에 어려움이 따를 수 있습니다.

☞ **위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는 데에 동의하십니까?**
☐ 동의함, ☐ 동의하지 않음

년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)
법정대리인 성명 (서명 또는 인)

※ 정보주체가 만14세 미만의 아동인 경우 본인 및 법정대리인 동의 필수

수 원 시 00구 청 장 귀 하

붙임 4

서 약 서

성명		생년월일	
주소			
연락처			

상기 본인은 「수원시 장애인 이동권 증진을 위한 이동용 보조기기 지원 조례」에 따른 이동용 보조기기 수리비용 지원을 신청하고자 합니다. **수리비용이 기준액을 초과할 경우 기준 초과액에 대해서는 본인이 부담할 것**이며, 만일 수리업체와 허위 또는 부정한 방법으로 수리비용을 청구하는 경우에는 모든 비용을 즉시 환수하고, 수리비용 지원에 제한을 받을 수 있음을 서약합니다.

년 월 일

서약자: (서명)

수원시 ○○구청장 귀하

붙임 5

장애인 이동용 보조기기 이용 실태조사표

작성일자			
이　　름		생년월일	
전화번호			
주　　소			

수리 전 기재 [동 행정복지센터]

1. 귀하께서 이용하시는 이동용 보조기기 유형은 무엇인가요?

① 의료용스쿠터(　　)　② 전동휠체어(　　)　③ 수동휠체어(　　)

2. 이동용 보조기기를 이용한 지는 얼마나 되었나요?

① 1년 이하(　　)　② 1년~3년(　　)　③ 3년~5년(　　)　④ 5년 이상(　　)

[이용에 대한 사항]

3. 이동용 보조기기를 이용하면서 가장 불편했던 점은 무엇인가요?

(　　)

[교육에 대한 사항]

4. 이동용 보조기기에 대한 교육이 필요하다고 생각하는지요?

① 예(　　)　② 아니요(　　)

4-1. 교육을 실시할 경우 필수로 들어갔으면 하는 내용은 무엇인가요?
(4번 질문에 ①번 항목을 선택한 경우 작성)

① 사용방법(　　)　② 안전수칙(　　)　③ 사고 대응방법(　　)

④ 도로교통 안전법규(　　)　⑤ 기타(　　)

[홍보에 대한 사항]

5. 장애인 이동용보조기기 수리지원은 어떤 경로를 통해 알게 되었는지요?

① 수원시 홈페이지 ② 지인 ③ 인터넷 검색 ④ 공무원 ⑤ 기타(　　)

5-1. 홍보에 대해 적절하다고 생각하는지요? (②아니요 체크시 이유 작성)

① 예(　　)　② 아니요(　　)

수리 후 기재 [구청]

[만족도에 대한 사항]

6. 수리를 한 업체는 어디신가요? (　　)

6-1. 수리업체 선정 이유는 무엇인가요?

(　　)

6-2. 수리한 수리업체에 만족하시나요?

① 만족(　　)　② 보통(　　)　③ 불만족(　　)

6-3. 위 만족도를 선택한 이유가 무엇인가요?

(　　)

붙임 6

장애인 이동용 보조기기 수리 의뢰서

신청인	성 명		생년월일	
	주 소		연락처	
	장애유형		장애정도 (해당란에 ☑표시)	☐ 심한장애 ☐ 심하지 않은 장애
수급유형 (해당란에 ☑표시)		☐수급자 ☐차상위 ☐일반(중위소득 100%이하)		
장애인 보조기기 유형		장애인 보조기기 수리 의뢰 내역		
☐ 의료용스쿠터 ☐ 전동휠체어 ☐ 수동휠체어 (해당란에 ☑표시)				

「수원시 장애인 이동권 증진을 위한 이동용 보조기기 지원 조례」 제9조제2항에 따라 장애인 이동용 보조기기 수리 의뢰서를 위와 같이 발급합니다.

년 월 일

수원시 ○○구청장 직인

○ ○ 업체 대표 ○○ 귀하

붙임 7

장애인 이동용 보조기기 수리 확인서

수 리 신청인	성명		생년월일	
	주소		연 락 처	
보조기기 유형 (해당란에 ☑표시)	☐ 의 료 용 스 쿠 터 ☐ 전 동 휠 체 어 ☐ 수 동 휠 체 어			
수 리 업 체	업 체 명		수리담당자	(인)
	소 재 지		연 락 처	
수 리 내 역	ex) ○ 고장증상: ex) 타이어 펑크, 발판 파손 ex) ○ 수리부위: ex) 타이어 앞바퀴 교체, 발판 교체			

위와 같이 「수원시 장애인 이동권 증진을 위한 이동용 보조기기 지원 조례」에 따라 이동용 보조기기를 수리하였음(받았음)을 확인합니다.

년 월 일

확 인 자(신청인) : (인)

수원시 ○○구청장 귀하

첨부서류	※ 수리 및 소모품 교체(전·중·후) 사진 1부.

붙임 8

※해당 서식은 예시용으로 수리내용에 따라 수정 가능(타임스템프로 찍은 사진)

수리 사진	
수리전	
수리중	

수리 사진	
수 리 후	

붙임 9

장애인 이동용 보조기기 수리비용 청구서

수리업체명		소 재 지	
사업자등록번호		대표자 및 연락처	(☏)
청 구 내 용			
수리 건수 (수리신청자명)	건 ( )	비용청구금액	원

「수원시 장애인 이동권 증진을 위한 이동용 보조기기 지원 조례」 제9조에 따라 장애인 이동용 보조기기 수리 서비스를 제공하고 수리비용을 위와 같이 청구합니다.

년 월 일

청구인 대표 (서명 또는 인)

수원시 ○○구청장 귀하

첨부서류	1. 장애인 이동용 보조기기 수리 확인서 1부 ※ 수리 및 소모품 교체 전·중·후 사진 1부 2. 견적서, 세금계산서 각 1부 3. 통장 사본 1부

붙임 10 **수리 기한 연장 신청서**

수리 기한 연장 신청서

대상자 인적 사항	성명	(서명)	생년월일	
	주소			
	연락처			
수리업체				
연장 기한		*2026.00.00.(최대 3개월까지 연장 가능)*		
연장 사유		*연장 필요 사유를 자세히 작성*		

연장 사유에 대해 대상자에게 안내 완료하였으며,
상기 일자까지 수리 기한 연장 신청합니다.

년 월 일

신청업체 : (대표자 서명)

붙임 11 **이동용 보조기기 충전소 설치현황**

구 명	시설구분	시설명	설치대수	비고
계			60	
장안구(11)	행정청사(3)	장안구청	1	
		장안구보건소	1	
		정자3동주민센터	1	
	복지시설(3)	SK청솔노인복지관	1	
		밤밭노인복지관	1	
		무봉종합사회복지관	1	
	문화시설(1)	장안구 구민회관	1	
	공원(1)	만석공원	1	
	의료시설(1)	경기도의료원 수원병원	1	
	체육시설(2)	수원시 종합운동장	2	
권선구(15)	행정청사(7)	권선구청	1	
		권선구보건소	1	
		권선1동 주민센터	1	
		금곡동 주민센터	1	
		평동 주민센터	1	
		서둔동 주민센터	1	
		호매실동 주민센터	1	
	복지시설(7)	경기도장애인복지종합지원센터	1	
		호매실장애인종합복지관	2	
		서호노인복지관	1	
		버드내노인복지관	1	
		홍재복지타운	1	
		능실종합사회복지관	1	
	교통시설(1)	수원역환승센터	1	
팔달구(17)	행정청사(12)	수원시청	1	
		팔달구청	1	
		팔달구보건소	1	
		우만1동 주민센터	1	
		매산동 주민센터	1	
		매교동 주민센터	1	
		인계동 주민센터	1	
		우만2동 주민센터	1	
		지동 주민센터	1	
		화서1동 주민센터	1	
		화서2동 주민센터	1	
		행궁동 주민센터	1	
	복지시설(2)	우만종합사회복지관	1	
		팔달노인복지관	1	
	문화시설(1)	화성행궁	1	
	공원(1)	서호공원	1	
	교통시설(1)	수원역	1	
영통구(17)	행정청사(5)	영통구청	1	
		영통구보건소	1	
		광교1동 주민센터	1	
		광교2동 주민센터	1	
		매탄4동 주민센터	1	
	복지시설(4)	광교노인복지관	1	
		영통종합사회복지관	1	
		수원시장애인종합복지관	2	
	문화시설(4)	수원컨벤션센터	4	
	공원(2)	광교호수공원	1	
		벽적골공원	1	
	교통시설(2)	광교중앙역환승센터 상행	1	
		광교중앙역환승센터 하행	1	