

장기요양요원 독감예방접종비 지원 신청서(종사자용)

종사자 작성	성명	최민주
	주민등록번호	610116 - 2414521
	연락처	010-8995-2869
	접종일	2025년 10월 14일
	접종병원	강서바른재활의학과 의원
	접종비용	15,000 원
	계좌번호(본인 명의)	은행명: 신한 계좌번호: 304-12-526178
	<개인정보수집 안내>	
	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제33조의4와 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등의 개인정보 및 민감정보를 수집하는 데 동의합니다. 1. 개인정보 수집·이용 목적 : 장기요양요원 독감예방접종비 지원 2. 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 계좌번호, 민감정보 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년 4. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒동의함 ☐동의하지 않음(접종비 지원 불가)	
	독감예방접종비 지원을 받기 위해 개인정보에 관한 일체의 권한을 시설·센터장에게 위임하며, 작성된 개인정보는 소관 자치구·서울시에 제공됩니다. 개인정보 위임 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒동의함 ☐동의하지 않음(접종비 지원 불가)	

※ 의료기관에서 자부담으로 독감예방접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 지원 대상자는 만 64세 이하(1960.11.1. 이후 출생자)로서, 근무지가 여러 곳인 경우 한 곳에서만 신청 가능합니다. (1,2번 코드에서 우선 신청)

※ 기간 내('25.9.1.~10.31.) 접종한 경우에만 지원 가능합니다.

※ 중복 및 부정수급시 다음 연도에 지원받을 수 없습니다.

※ 신청일 현재 해당 기관에 재직중여야 합니다. (산재보험 가입자만 신청 가능)

2025년 서울시 장기요양요원 독감예방접종비 지원 사업과 관련하여
위와 같이 독감예방접종비를 신청합니다

신청일 : 2025년 10월 14일
신청인 최민주 (서명 또는 인)

대한재가복지센터장 귀하

장기요양요원 독감예방접종비 지원 신청서(종사자용)

종사자 작성	성명	계화진
	주민등록번호	660824 - 2029111
	연락처	010 - 2894 - 9888
	접종일	25년 10월 31일
	접종병원	안가정 의학과 의원
	접종비용	35,000 원
	계좌번호(본인 명의)	은행명: 기업은행 계좌번호: 010 - 9124 - 9600
	<개인정보수집 안내>	
	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제33조의4와 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등의 개인정보 및 민감정보를 수집하는 데 동의합니다.	
	1. 개인정보 수집·이용 목적 : 장기요양요원 독감예방접종비 지원 2. 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 계좌번호, 민감정보 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년 4. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)	
독감예방접종비 지원을 받기 위해 개인정보에 관한 일체의 권한을 시설·센터장에게 위임하며, 작성된 개인정보는 소관 자치구·서울시에 제공됩니다. 개인정보 위임 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)		

※ 의료기관에서 자부담으로 독감예방접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 지원 대상자는 만 64세 이하(1960.11.1. 이후 출생자)로서, 근무지가 여러 곳인 경우 한 곳에서만 신청 가능합니다. (1,2번 코드에서 우선 신청)

※ 기간 내('25.9.1.~10.31.) 접종한 경우에만 지원 가능합니다.

※ 중복 및 부정수급시 다음 연도에 지원받을 수 없습니다.

※ 신청일 현재 해당 기관에 재직중이어야 합니다. (산재보험 가입자만 신청 가능)

2025년 서울시 장기요양요원 독감예방접종비 지원 사업과 관련하여
위와 같이 독감예방접종비를 신청합니다

신청일 : 25년 10월 31일
신청인 : 계화진(서명) (인)

대한재가복지센터장 귀하

장기요양요원 독감예방접종비 지원 신청서(종사자용)

종사자 작성	성명	신정옥
	주민등록번호	830607 - 2626812
	연락처	010-4929-7241
	접종일	25년 10월 31일
	접종병원	유정훈가정의학과 의원
	접종비용	301,000 원
	계좌번호(본인 명의)	은행명: 신한은행 계좌번호: 110-430052-160
	<개인정보수집 안내>	
	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제33조의4와 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등의 개인정보 및 민감정보를 수집하는 데 동의합니다.	
	1. 개인정보 수집·이용 목적 : 장기요양요원 독감예방접종비 지원 2. 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 계좌번호, 민감정보 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년 4. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)	
독감예방접종비 지원을 받기 위해 개인정보에 관한 일체의 권한을 시설·센터장에게 위임하며, 작성된 개인정보는 소관 자치구·서울시에 제공됩니다. 개인정보 위임 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)		

※ 의료기관에서 자부담으로 독감예방접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 지원 대상자는 만 64세 이하(1960.11.1. 이후 출생자)로서, 근무지가 여러 곳인 경우 한 곳에서만 신청 가능합니다. (1,2번 코드에서 우선 신청)

※ 기간 내('25.9.1.~10.31.) 접종한 경우에만 지원 가능합니다.

※ 중복 및 부정수급시 다음 연도에 지원받을 수 없습니다.

※ 신청일 현재 해당 기관에 재직중어야 합니다. (산재보험 가입자만 신청 가능)

2025년 서울시 장기요양요원 독감예방접종비 지원 사업과 관련하여
위와 같이 독감예방접종비를 신청합니다

신청일 : 25년 10월 31일
신청인 : 신정옥 (서명 포함)

대한재가복지센터장 귀하

장기요양요원 독감예방접종비 지원 신청서(종사자용)

종사자 작성	성명	박 주 현
	주민등록번호	100515 - 1056458
	연락처	010-6302-1132
	접종일	2025년 10월 23일
	접종병원	양정병원
	접종비용	30,000 원
	계좌번호(본인 명의)	은행명: 농협 계좌번호: 3511-2311-78843
	<개인정보수집 안내>	
	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제33조의4와 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등의 개인정보 및 민감정보를 수집하는 데 동의합니다.	
	1. 개인정보 수집·이용 목적 : 장기요양요원 독감예방접종비 지원 2. 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 계좌번호, 민감정보 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년 4. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)	
독감예방접종비 지원을 받기 위해 개인정보에 관한 일체의 권한을 시설·센터장에게 위임하며, 작성된 개인정보는 소관 자치구·서울시에 제공됩니다. 개인정보 위임 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)		

※ 의료기관에서 자부담으로 독감예방접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 지원 대상자는 만 64세 이하(1960.11.1. 이후 출생자)로서, 근무지가 여러 곳인 경우 한 곳에서만 신청 가능합니다. (1,2번 코드에서 우선 신청)

※ 기간 내('25.9.1.~10.31.) 접종한 경우에만 지원 가능합니다.

※ 중복 및 부정수급시 다음 연도에 지원받을 수 없습니다.

※ 신청일 현재 해당 기관에 재직중여야 합니다. (산재보험 가입자만 신청 가능)

2025년 서울시 장기요양요원 독감예방접종비 지원 사업과 관련하여
위와 같이 독감예방접종비를 신청합니다

신청일 : 2025년 10월 23일

신청인 박 주 현 (서명 또는 인)

대한재가복지센터장 귀하

장기요양요원 독감예방접종비 지원 신청서(종사자용)

종사자 작성	성명	황옥라
	주민등록번호	660815-2462924
	연락처	010-4127-9139
	접종일	2025년 10월 20일
	접종병원	서울드림내과의원
	접종비용	30,000 원
	계좌번호(본인 명의)	은행명: 71078 계좌번호: 085-0323-6802-014
	<개인정보수집 안내>	
	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제33조의4와 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등의 개인정보 및 민감정보를 수집하는 데 동의합니다.	
	1. 개인정보 수집·이용 목적 : 장기요양요원 독감예방접종비 지원 2. 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 계좌번호, 민감정보 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년 4. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)	
독감예방접종비 지원을 받기 위해 개인정보에 관한 일체의 권한을 시설·센터장에게 위임하며, 작성된 개인정보는 소관 자치구·서울시에 제공됩니다. 개인정보 위임 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음(접종비 지원 불가)		

※ 의료기관에서 자부담으로 독감예방접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 지원 대상자는 만 64세 이하(1960.11.1. 이후 출생자)로서, 근무지가 여러 곳인 경우 한 곳에서만 신청 가능합니다. (1,2번 코드에서 우선 신청)

※ 기간 내('25.9.1.~10.31.) 접종한 경우에만 지원 가능합니다.

※ 중복 및 부정수급시 다음 연도에 지원받을 수 없습니다.

※ 신청일 현재 해당 기관에 재직중이어야 합니다. (산재보험 가입자만 신청 가능)

2025년 서울시 장기요양요원 독감예방접종비 지원 사업과 관련하여
위와 같이 독감예방접종비를 신청합니다

신청일 : 2025년 10월 20일
신청인 황옥라(서명 또는 인)

대한재가복지센터장 귀하

장기요양요원 독감예방접종비 지원 신청서(종사자용)

종사자 작성	성명	김시원
	주민등록번호	63/003 - 282/413
	연락처	010-2650-2578
	접종일	25년 10월 29일
	접종병원	홍익병원
	접종비용	50,000 원
	계좌번호(본인 명의)	은행명: 우리은행 계좌번호: 1002-057-5/8357
	<개인정보수집 안내>	
	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제33조의4와 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등의 개인정보 및 민감정보를 수집하는 데 동의합니다. 1. 개인정보 수집·이용 목적 : 장기요양요원 독감예방접종비 지원 2. 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 계좌번호, 민감정보 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년 4. 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒동의함 ☐동의하지 않음(접종비 지원 불가)	
	독감예방접종비 지원을 받기 위해 개인정보에 관한 일체의 권한을 시설·센터장에게 위임하며, 작성된 개인정보는 소관 자치구·서울시에 제공됩니다. 개인정보 위임 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부할 경우 접종비를 지원받을 수 없습니다. ☒동의함 ☐동의하지 않음(접종비 지원 불가)	

※ 의료기관에서 자부담으로 독감예방접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 지원 대상자는 만 64세 이하(1960.11.1. 이후 출생자)로서, 근무지가 여러 곳인 경우 한 곳에서만 신청 가능합니다. (1,2번 코드에서 우선 신청)

※ 기간 내(25.9.1.~10.31.) 접종한 경우에만 지원 가능합니다.

※ 중복 및 부정수급시 다음 연도에 지원받을 수 없습니다.

※ 신청일 현재 해당 기관에 재직중이어야 합니다. (산재보험 가입자만 신청 가능)

2025년 서울시 장기요양요원 독감예방접종비 지원 사업과 관련하여

위와 같이 독감예방접종비를 신청합니다

신청일 : 25년 10월 29일

신청인

김시원 (서명또는인)

대한재가복지센터장 귀하