

# 2023 특수교육대상학생 치료지원 운영 계획

2023. 2.



**전라북도교육청**  
【교육혁신과】

# I

## 치료지원 운영 개요

### 1. 목적

- 특수교육대상학생에 대한 특수교육활동 및 통합교육 지원
- 특수교육대상학생의 생활적응능력 향상 및 2차 장애 예방

### 2. 근거

- 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제28조(특수교육관련서비스), 동법 시행령 제24조(치료지원), 동법 시행규칙 제2조(장애의 조기발견), 동법 시행규칙 제4조(개별화교육지원팀의 구성 등)
- 2023 전북 특수교육 운영계획(전북교육 2023-126)

### 3. 운영 방침

- 「장애인 등에 대한 특수교육법」 및 같은 법 시행령, 시행규칙 등 법령에 규정된 치료지원 제공 절차를 기준으로 운영
- 치료지원 제공 영역은 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 보행훈련, 기타(미술치료, 음악치료, 심리운동, 감각통합)로 한하여 지원
- 치료지원 제공 영역은 개별 치료를 원칙으로 함
- 치료지원비는 치료지원 전자카드 「꿈활짝카드」로 지원
- 학교는 매월 치료지원 제공 기록지(사본)를 제공기관에서 받아 보관할 것
- 매회 실제 치료지원 결제를 원칙으로 함
- 치료지원비는 월 17만원을 지원하며, 초과 시 수익자가 부담함

### 4. 치료지원 대상

- 치료지원 적용 대상
  - 공사립 유·초·중·고·특수학교 재학 중인 특수교육대상학생 중 치료지원이 필요한 학생(전공과 제외)
  - 특수교육지원센터 및 특수학교 소속 만3세 미만 특수교육대상 영아(재택보육 영아 포함)
  - 대안교육 위탁교육기관에 재학 중인 특수교육대상학생
- 치료지원 적용 제외 대상
  - 특수교육대상자 선정취소, 취학유예, 유예, 면제 학생
  - 의무교육기관이 아닌 어린이집 등의 기관에 재원 또는 재택보육중인 유아

- 타시도 전출 학생
- 미인가 대안교육시설에 위탁 중인 학생
- 보건복지부 발달재활서비스 및 타 기관 제공 동일 영역 치료지원 수혜자
- 꿈활짝카드 부정 사용으로 치료지원 제공이 정지된 학생

## 5. 치료지원 영역

- 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 보행훈련, 기타(미술치료, 음악치료, 심리운동, 감각통합), 총 6개 영역
- 의사의 처방과 확인이 이루어지지 않은 물리·작업치료는 지원 불가

## 6. 치료지원 제공인력

- 의료기사 등에 관한 법률 제4조에 따른 면허 소지자(물리치료,작업치료)
- 국가자격 소지자(언어치료)
- 자격기본법 제19조 제1항에 따라 주무부 장관이 공인한 민간자격 소지자

## 7. 치료지원 제공방법

- 치료지원 제공기관을 활용한 치료지원
  - 지원방법: 신청한 치료영역 이용 후 매회 전자카드(「꿈활짝카드」) 결제
  - 지원금액: 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담)
  - 제공기관: 치료지원 전자카드「꿈활짝카드」가맹점으로 등록된 기관

치료지원 제공기관 가맹점 신청 자격
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「장애인등에 대한 특수교육법 시행령」제24조에 해당되는 기관               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 공공보건의료에 관한 법률 제2조에 따른 공공보건의료기관</li> <li>- 장애인복지법 제58조에 따른 장애인복지시설</li> </ul> </li> <li>• 보건복지부 발달재활서비스 제공기관</li> <li>• 대학 및 병원 해당영역 치료실               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 물리·작업치료의 경우 의료법 제33조 제1항에 의하여 의료기관에서만 치료 가능</li> </ul> </li> </ul>
※ 신청일 현재 면허/허가/등록/지정 취소, 휴폐업, 업무정지, 부정당업체 지정 등 결격사유가 없어야 함.

치료지원 전자카드 「꿈활짝카드」 사용 안내
<ol style="list-style-type: none"> <li>① 카드 신청 및 (재)발급               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 담당 특수교육지원센터(특수학교는 해당 학교)</li> </ul> </li> <li>② 이용 방법               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 매월 1일 지원액이 포인트로 생성</li> <li>- 매월 말일 월 잔여 포인트 자동 소멸</li> </ul> </li> <li>③ 이용장소               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료지원 전자카드 가맹점(드림스 APP 또는 홈페이지에서 대상 가맹점 조회 가능)</li> </ul> </li> </ol>



○ 특수교육지원센터 치료사를 활용한 치료지원

- 지원기간: 2023.1.1.~2023.12.31.(주15시간 미만 운영)
- 치료지원 제공기관 이용이 어려운 학생의 경우(중증 장애로 이동이 어렵거나 제공기관의 접근성이 용이하지 않는 경우 등) 특수교육지원센터의 순회치료사 신청서 제출【서식2】 후 특수교육운영위원회 심의를 거쳐 선정·지원
- 지역별 치료사 운영 현황

2023.1.1.기준

순	지역	치료사 수	치료영역	비고
1	군산	1	음악치료	
2	김제	1	언어치료	
합계		2		

※ 위 두 방법(치료지원 제공기관, 특수교육지원센터 치료사) 중 한 가지 선택

## 8. 치료지원 운영시간

○ 치료지원 시간은 정규교육과정 이외 운영을 원칙으로 함

- 정규교육과정 시간 내 치료지원 제공은 반드시 개별화교육지원팀 및 학교장의 승인을 받아야 하며, 치료지원 대상 학생의 출결사항은 지각·조퇴 처리함

※ 학교생활기록부 기재 요령 참조

## II 치료지원 운영 방법

### 1. 치료지원 제공 개요

구분	제 공 절 차	기 관	내 용															
치료 지원 제공 전	진단·평가*	특수교육 지원센터	○ 특수교육대상학생 선정배치 진단·평가 시 치 료 진단·평가 포함하여 실시															
	진단·평가결과 통지	특수교육 지원센터	○ 치료지원 영역 내용이 포함된 결과를 학교로 통지															
	개별화교육계획 수립 및 기재**	해당학교	○ 치료지원 영역, 방법 등 지원 사항을 결정하여 개별화교육계획에 기재(보호자 의견수렴)															
	치료지원 신청	해당학교	○ 교육(지원)청으로 공문 발송 (특수학교는 신청자 명단 내부 결재 후 카드발급)															
	「꿈활짝카드」발급	특수교육 지원센터 /특수학교	○ 「꿈활짝카드」등록 및 발급 -유초중고: 관내 교육지원청 특수교육지원센터에서 수령 -특수학교: 학교에서 직접 수령															
	「꿈활짝카드」 발급(변경) 처리 결과 발송	특수교육 지원센터 /특수학교	○ 전라북도교육청으로 공문 발송 -예산 반영 및 통계자료 활용															
치료 지원 제공	치료지원 운영 협조 안내	특수교육 지원센터 /특수학교	○ 학기 초(또는 치료 시작 전) 치료지원 제공기관에 공문 안내(학생 치료지원 관련 자료 등 제출 협조)															
	외부 치료기관 이용	치료지원 제공기관	○ 교육청 치료지원 제공기관으로 지정된 기관을 이용하여 치료지원실시 <table><tr><td>제출 시기</td><td>제출서류</td><td>제출처</td></tr><tr><td>시작 월</td><td>치료지원 제공 계획서</td><td>학교</td></tr><tr><td>매월</td><td>치료지원 제공 기록지</td><td>학교</td></tr><tr><td>학기 말</td><td>치료지원 학기별 평가</td><td>학교</td></tr><tr><td>연 1회</td><td>치료지원 제공기관 자체점검표</td><td>특수교육지원센터</td></tr></table>	제출 시기	제출서류	제출처	시작 월	치료지원 제공 계획서	학교	매월	치료지원 제공 기록지	학교	학기 말	치료지원 학기별 평가	학교	연 1회	치료지원 제공기관 자체점검표	특수교육지원센터
	제출 시기	제출서류	제출처															
시작 월	치료지원 제공 계획서	학교																
매월	치료지원 제공 기록지	학교																
학기 말	치료지원 학기별 평가	학교																
연 1회	치료지원 제공기관 자체점검표	특수교육지원센터																
특수교육지원센터 치료사 이용	특수교육 지원센터	○ 외부 치료기관 이용이 어려운 경우 특수교육 지원센터 치료사 활용하여 치료지원실시																
치료 지원 제공 후	치료지원 제공기관 모니터링	특수교육 지원센터	○ 치료지원 제공기관 점검표를 활용한 제공기관 현장점검 및 관리															
	치료지원 관리	해당학교	○ 치료지원 제공 계획서, 기록지 및 평가 결과를 토대로 교육내용 및 개별화교육계획에 반영															

### 가. (특수교육지원센터) 치료지원 진단·평가\*

- 특수교육대상자 선정배치를 위한 진단·평가 시 치료지원 진단·평가 병행 실시
- 특수교육대상자 진단·평가 결과 통지서를 근거로 치료지원 결정

### 나. (각급 학교) 개별화교육계획 수립\*\*

- 개별화교육계획 수립 시 진단·평가 결과 통지서에 명시되어 있는 영역 내에서 치료지원 영역, 방법 등을 보호자의 의견 수립 절차를 거쳐 결정
- 결정된 치료지원 내용을 개별화교육계획에 기재
- 치료지원 계획, 결과 등은 치료지원 제공기관으로부터 받아서 기재
- 치료지원 영역, 방법 등은 학기 초에 결정하고, 변경 시 개별화교육지원팀의 심의를 거쳐 지원하도록 함

## 2. 치료지원 신청 절차

치료지원 신청	치료지원 전자카드 발급	치료지원 전자카드 이용 명단 제출
보호자→학교 치료지원 신청서 제출[서식1]	<div>유초·중·고 → 지역교육청 특수교육지원센터</div> <div>특수학교 → 특수학교 (내부결재 후 발급)</div>	전북교육청 교육혁신과 (유·초·중·고등학교는 지역교육지원청에서 취합 제출)

## 3. 제공 기간 및 시간

- 치료지원 제공 기간 : 2023. 3. 1. ~ 2024. 2. 29.
- ※ 다음 해에 취학, 진학을 위한 신규 특수교육대상학생 선정·배치 시 특수교육관련서비스는 다음 해 3월 1일부터 지원
- 치료지원 제공 시간: 1회당 50분(보호자 상담 포함)을 원칙으로 함
  - 병의원의 경우 특수성을 고려하여 예외 적용 가능

## 4. 영역 변경

- 진단·평가 결과 통지서에 명시된 영역 내 변경

개별화교육지원팀 협의	보호자→학교	학교→특수교육지원센터
개별화교육지원팀 심의 및 학교장 승인	영역변경 신청서[서식3] 제출	영역변경 결과 공문 발송

- ※ 보호자 임의로 영역변경은 불가하며 반드시 소속 학교 개별화교육지원팀의 회의를 거쳐야 함
- 진단·평가 결과 통지서에 명시된 영역 외 변경
  - 특수교육지원센터를 통해 진단·평가 실시

- 현재 결과 통지서를 현재 소지하고 있지 않거나 진단평가 결과 통지서에 치료지원 영역 등 중요 내용이 누락 된 경우
- 진단평가 결과 통지서에 명시된 영역과 다른 영역의 치료지원이 필요한 경우
- 진단평가 절차

절 차	기 관	내 용
치료지원 진단평가 의뢰	해당 학교	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 관내 특수교육지원센터로 치료지원 진단·평가 의뢰 → 단, 일부 영역의 경우 진단서류 *제출 시 진단평가 대체 가능</li> <li>※ 특수교육대상학생 진단평가 업무 길라잡이 참고</li> </ul>
진단·평가	특수교육 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 특수교육지원센터에서 진단·평가 → 진단서류* 제출 시 진단·평가 결과통지서에 반영</li> </ul>
진단·평가 결과통지서 송부	특수교육 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 치료지원 진단평가 결과통지서를 학교로 송부 <b>【서식5】</b></li> </ul>
치료지원실시	해당 학교	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「꿈활짝카드」 수령 후 치료지원실시</li> <li>○ 「꿈활짝카드」 기존 이용 학생이 영역변경을 신청한 경우 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 동일 치료기관 이용: 즉시 영역 변경하여 이용 가능</li> <li>- 치료기관 변경: 익월 1일부터 이용</li> </ul> </li> </ul>

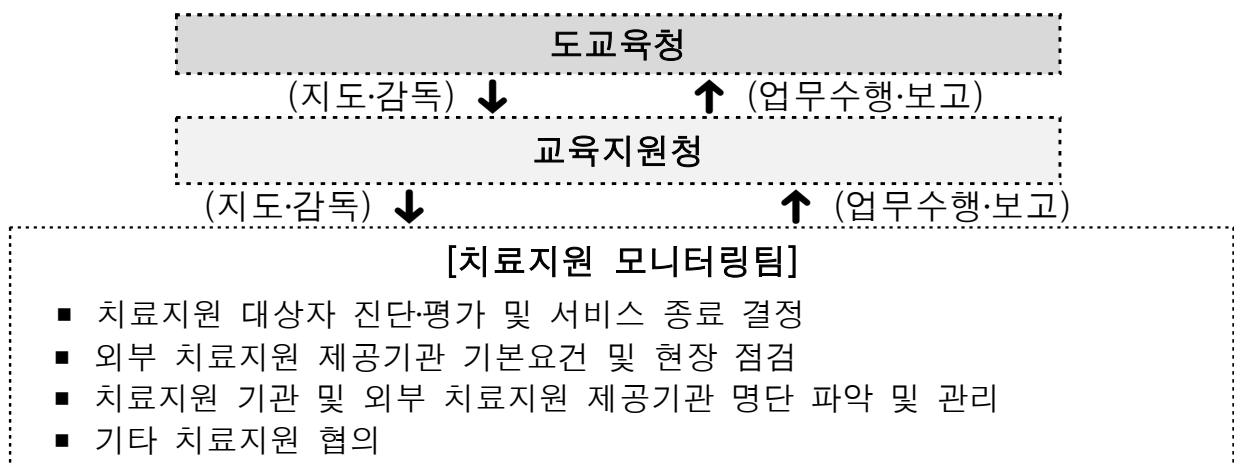
\* 진단서류: 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 보행훈련은 병·의원 등의 진단서 (진단서, 소견서, 임상심리학적 결과보고서 중 1부) 제출이 가능한 경우 진단평가 대체 가능

### Ⅲ 치료지원 제공기관 모니터링

#### 1. 목적

- 특수교육대상학생의 장애유형 및 정도에 맞는 치료지원 제공 강화
- 치료지원 계획에 맞는 질 높은 서비스 제공 및 평가 환류 확대
- 결제 원칙에 맞는 「꿈활짝카드」 사용 등 운영의 투명성 확보

#### 2. 치료지원 모니터링팀 운영 모형



#### 3. 치료지원 모니터링팀 구성

##### □ 시스템 점검 모니터링 운영

##### ○ 치료지원 전자카드 정비실시(3월, 9월)

- 치료지원 대상 학생 기본정보 갱신 및 정지·탈퇴 처리
- 치료지원 대상 학생 전·출입 처리
- 치료지원 전자카드 신청 명단과 치료지원 전자카드 보유 명단 일치 확인

##### □ 제공기관 현장 방문 모니터링 운영

- 가. 구성: 교육(지원)청 관계자, 특수교육지원센터 담당자, 특수교사(관내 특수교사, 특수학교 치료지원 업무 담당 교사 등), 특수교육 관련 전문가, 치료사 등
- 특수학교: 개별화교육지원팀 활용 가능
  - 특수교육지원센터: 특수교육대상자 진단·평가팀 활용 가능



나. 설치장소: 특수학교, 각 교육(지원)청 특수교육지원센터

다. 추진시기: 매년 3월 ~ 익년 2월

라. 운영방법: 모든 기관 연 1회, 필요시 특별점검 실시

- 1) 교육지원청별 치료지원 제공기관 모니터링팀 구성 및 모니터링 계획 수립
- 2) 치료지원 운영 계획 및 길라잡이, 치료지원 제공기관 운영 규정에 근거하여 실시  
치료지원 제공기관 자체 점검표 검토 결과 현장 점검이 필요하다고 판단될 시 모니터링 우선 실시
- 3) 정기 현장방문 모니터링
  - 관내 각 치료지원 제공기관별 연 1회 이상 정기 현장점검 실시
  - 정기 현장방문 모니터링에 대하여 치료지원 제공기관에 공문 또는 유선 등 사전 안내 후 모니터링 실시
  - 치료지원 제공기관에서 작성한 치료지원 제공기관 자체점검 내용과 치료지원 모니터링 점검표를 활용하여 실시
  - <참고1> 치료지원 제공기관 운영 모니터링 기준에 따라 실시
- 4) 특별 현장방문 모니터링
  - 사안 및 민원 발생 시 실시
  - 성추행 및 폭력 등 사안이 중대한 경우 사전 안내 없이 실시 가능
  - 이 밖의 치료지원 제공기관 현장점검이 필요하다고 판단될 경우

마. 모니터링 팀 역할

- 1) 치료지원 제공기관 기본요건 및 현장점검 강화
  - 치료지원 대상 학생의 장애 유형·정도에 적합한 고품질의 치료지원제공을 위하여 치료지원 제공기관에 대한 점검 강화
  - 치료지원 서비스 결제, 치료지원 제공 준수 여부, 제공 환경, 제공 인력, 치료지원 제공기관으로서 의무 및 역할 수행, 사안 및 민원 발생 등에 대한 기본요건 수행을 중점으로 점검
  - 치료지원 제공기관 모니터링 점검표 작성 및 보고
- 2) 특수교육대상자 치료지원 서류 확인
  - 치료지원 신청 학생들의 치료지원 영역 및 이용 방법 확인
  - 치료지원 결제 내역 및 치료지원 제공 내역의 일치 여부 확인
  - 치료지원 관련 서류 작성 및 학교로 제출 여부 확인
- 3) 치료지원 대상자 진단·평가 및 서비스 종료 결정
  - 치료지원 대상자 선정을 위한 진단·평가 업무 실시

- 치료지원 서비스 종결 여부 결정

#### 4) 치료지원 제공기관 명단 파악 및 관리

- 전라북도 특수교육지원센터 홈페이지 「꿈활짝카드」 가맹점 지정 제공기관 및 보건복지부 발달재활서비스 제공기관 여부 확인
- 기존에 인증된 기관이라도 현장점검 실시 과정에서 심사서류 허위 작성 및 불성실한 운영이 발견된 경우 치료지원 지원 불가 안내
- 양질의 치료지원이 제공될 수 있도록 지속적인 치료지원 제공기관 모니터링을 실시하며 부적절 운영사례가 발견된 경우 부정 사례의 경중에 따라 주의, 경고, 선정 취소의 조치함
- 전라북도교육청 치료지원 담당자에게 현장 점검 결과 보고

## IV

## 행정사항

## 1. 치료지원 관련 제출서류 및 제출기한

번호	내 용	서식	제출일		비고
			1학기	2학기	
1	2023 치료지원 운영계획		2월 중 안내		
2	2023 치료지원 신청	서식 1 서식 2	3월 중	8월 중	학부모→학교
3	2023 치료지원 신청자 명단	붙임 1	2022.3.24.(금)	2023.9.8.(금)	특수교육지원센터 /특수학교-전북교육청
4	2023 모니터링 및 현장점검 계획	자체 계획	2023.4.7.(금)		특수교육지원센터 /특수학교-전북교육청
5	치료지원 모니터링 점검표	서식 8	2023.7.28.(금)	2023.12.15.(금)	특수교육지원센터 →전북교육청
6	치료지원 제공 계획서	서식 11	치료 시작 월(또는 학기 초)		치료지원 제공기관 →해당 학교
	치료지원 제공 기록지	서식 12	매월		
	치료지원 학기별 평가서	서식 13	학기 말		
7	치료지원 자체평가	서식 6 서식 7	12월 중		특수교육지원센터 /특수학교-전북교육청

※ 매년 신청이 원칙이며, 전자카드 (재)발급 신청 현황(붙임1) 작성 시 치료지원 전자카드 이용 학생 현황 파악을 위하여 반드시 당해연도 치료지원 전자카드 이용 학생 전체 명단 작성

## 2. 「꿈활짝카드」를 이용하지 않는 학생의 경우 예산 교부 신청

○ 특수교육대상학생 치료지원비 예산 교부 신청서(붙임2) 제출

- 유·초·중·고등학교는 교육지원청에서 취합하여 2023.3.24.(금)까지 도교육청 제출
- 특수학교는 2023.3.24.(금)까지 도교육청 제출

## 3. 치료지원 운영 시 유의 사항

○ 상급학교 진학·전학으로 인한 재배치 시

- 해당 학교는 전입 학교로 치료지원 관련 진단·평가 결과서를 반드시 14일 이내에 송부
- 관련 서류 분실 등으로 재발급이 필요한 경우 해당 특수교육지원센터에 요청

○ 치료지원 지침 숙지하여 치료 중복지원 및 과다 지원 방지 철저 및 민원 발생 억제 노력

○ 외부 치료지원 제공기관에 대한 모니터링

- 모든 기관 연 1회 정기, 특별점검 수시 실시

- 진단평가 결과통지서에 기타 영역 표시 경우 기타 영역(음악치료, 미술치료, 심리 운동, 감각통합) 내 변경할 때는 별도의 진단평가 없이 변경 가능
- 외부 치료기관을 활용하는 치료지원 대상 학생의 안전한 교육권을 위해 학교에서 필요하다고 판단 시 제공기관에 다음과 같은 서류를 요구할 수 있음

사업자등록증, 관련 자격증, 성범죄경력조회서, 제공계획서, 제공기록지, 학기별 평가서 등

- 신청기한에 대상자가 누락 되지 않도록 안내하여 주시고, 추가 신청 대상은 신규 및 전입 특수교육대상자에 한함(단, 예산 범위 내 지원임)

#### 4. 치료지원 관련 서류 보관

- 학기 초(또는 치료 시작 전) 치료지원 제공기관에 공문 안내
- 문서등록대장에 비전자 문서 등록하여 5년 보관
  - 학교: (학기별)치료지원 제공 계획서, 치료지원 제공 평가서, (월별)치료지원 제공 기록지
  - 특수교육지원센터: 치료지원 제공기관 자체점검표, 치료지원 제공기관 모니터링 점검표, 관련 협의록

#### 5. 치료지원비 부정 사용 시 조치사항

- 즉시 치료지원비 부정 사용분 환수 조치 등

치료지원비 부정 사용 사례
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료지원 전자카드를 치료지원 제공기관에서 보관하며 보호자 확인 없이 결제하는 경우</li> <li>- 치료지원 제외 대상 또는 미이용 대상임을 알고도 결제하는 경우</li> <li>- 학교 개별화교육지원팀 심의 및 학교장 승인 없이 방과후 시간 외에 치료결제하는 경우</li> <li>- 치료지원 전자카드를 매매·양도 및 가맹점과 부정 사용 협력하는 경우</li> <li>- 전라북도교육청 치료지원 제공 영역 외 영역을 제공하고 결제하는 경우</li> <li>- 치료지원 신청영역과 다른 영역의 치료지원을 제공하고 결제하는 경우</li> <li>- 치료지원 제공 서류 허위 작성하고 결제하는 경우</li> <li>- 치료지원 제공 전 치료지원비를 선결제하는 경우</li> <li>- 정당한 사유 없이 치료지원 제공 일자와 치료지원 결제 일자가 다른 경우</li> <li>- 기타 치료지원비 부정 사용으로 판단되는 경우</li> </ul>

# 치료지원 관련 서식 모음

※ 모든 서식은 전라북도교육청 특수교육 지원센터 홈페이지 자료실에 탑재되어 있습니다.

- 【서식1】 특수교육대상학생 치료지원 신청서
- 【서식2】 특수교육지원센터 순회치료 신청서
- 【서식3】 특수교육대상학생 치료지원 영역변경 신청서
- 【서식4】 치료지원 재공 취소 신청서
- 【서식5】 꿈활짝카드 (재)발급 신청서
- 【서식6】 치료지원 운영 자체 평가서(특수교육지원센터용)
- 【서식7】 치료지원 운영 자체 평가서(특수학교용)
- 【서식8】 치료지원 제공기관 모니터링 점검표
- 【서식9】 치료지원 제공기관 경고장(예시)
- 【서식10】 치료지원 제공기관 선정 취소 통보
- 【서식11】 202○년 치료지원 제공계획서
- 【서식12】 202○년 치료지원 제공 기록지 ( )월
- 【서식13】 202○년 치료지원 제공 학기별 평가서
- 【서식14】 꿈활짝카드 결제변경 사유서
- 【서식15】 치료지원 제공기관 자체 점검표

【서식 1】외부 치료기관 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

## 특수교육대상학생 치료지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년	반
보호자명		학생과의 관계		연락처				
주 소								

「꿈활짝카드」 신청여부	신 청		미신청	* 카드 미신청 · 재발급하는 경우 사유
	신규	재발급	○	소규모 병원이용자로 가맹점 미등록기관임
치료지원 영역	물리치료			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>특수교육대상자 장애 영역</span> <span style="color: blue;">지체장애</span> </div>
치료지원 이용 (예정) 기관명	**병원			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>이용시간</span> <span style="color: blue;">월, 수 15:00~16:00</span> </div>

보건복지부 발달재활서비스 지원 여부	○	보건복지부 발달재활서비스 지원 영역	언어치료
------------------------	---	------------------------	------

○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원,  
「꿈활짝카드」 발급과 관리

○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역

○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)

○ 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.

■ 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 ☐    동의하지 않음 ☐)

■ 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.

■ 위와 같이 특수교육대상학생 치료지원을 신청합니다.

년            월            일

학생명 : (서명)  
 보호자(법정대리인) 성명 : (서명)

○○ 학교장 귀하

유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가
-------	--

【서식 2】 특수교육지원센터 순회치료 이용(학부모→학교→특수교육지원센터 제출용)

## 특수교육지원센터 순회치료 신청서

학 교 명		학생명		학년반	
보호자명		학생과의 관계		장애영역	
주 소				연락처	

신청영역	
순회치료 신청 사유 (학생 현행 수준 등)	
치료 장소 (학교/센터)	
<p>위와 같이 특수교육대상학생의 순회치료 지원을 신청합니다.</p> <p>년 월 일</p> <p>신청인 ○○○ 의 보호자 : (서명)</p> <p>담당교사 : (서명)</p> <p>전라북도○○○교육지원청교육장 귀하</p>	
유의 사항	「꿈활짝카드」 사용을 통한 치료지원 제공기관 활용이 우선이며, 부득이 제공기관 이용이 어려운 경우에 한하여 신청 가능

【서식 3】(학부모→학교→특수교육지원센터 제출)

# 특수교육대상학생 치료지원 영역변경 신청서

학 교 명		학생명		학년반	
보호자명		학생과의 관계		장애영역	
주 소				연락처	
치료 지원 제공 영역			보건복지부 재활치료 제공 영역		
기 준	변 경		기 준	변 경 시	
개별화교육지원팀 협의 결과(요약)					
<p>위와 같이 특수교육대상학생 치료지원 영역변경을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: right;">신청인 ○○○ 의 보호자 : (서명)</p> <p style="text-align: right;">담당교사 : (서명)</p> <p>전라북도○○○교육지원청교육장 귀하</p>					
첨부	※ 필요시 의사 진단서 및 소견서, 평가보고서(기관 치료사 의견서) 첨부 가능				



【서식 4】(학부모→학교→특수교육지원센터 제출)

## 치료지원 제공 취소 신청서

○○ 학교 ○ 학년 ○ 반 성명: ○○○

위 학생은 20 ○ 년 치료지원 운영계획에 의거 치료지원대상자로 선정되었으나, 아래 사유로 인하여 치료지원 서비스를 취소하고자 합니다.

<예시>

○ (취소일자) : 2000.3.1.

○ (취소사유) :

수술 및 장기 입원으로 인하여 학교 교육활동 참여 및 치료지원 서비스를 제공 받는데 어려움이 있어 치료지원 제공 취소를 신청함.

20○○ . .

신청인 ○○○ 의 보호자 : (서명)

담당교사: (서명)

전라북도○○교육지원청교육장 귀하

## 「꿈활짝카드」 (재)발급 신청서

- 17 -

【서식 6】(특수교육지원센터 → 도교육청 제출)

## 치료지원 운영 자체평가 (특수교육지원센터용)

작성자				작성기관
직위		성명		00 교육지원청 특수교육지원센터

### 1. 자체평가 결과

홍보(5)	조직(15)	지원내용(35)	제공방법(30)	계획 및 평가(15)	계(100)

### 2. 자체평가표

※ 평가 척도					
① 매우 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 그렇다	⑤ 매우 그렇다	

영역	평 가 관 점	평 가 척 도					점수
		1	2	3	4	5	
홍보 (5)	(1) 치료지원 운영에 대하여 홈페이지 활용, 자체홍보자료 개발 및 보급을 통하여 지역사회와 학교에 충분히 안내하였는가?						
조직 (15)	(2) 진단평가팀에 특수교육 관련 전문가가 포함되었는가?(치료사 등)						*가중치부여 : 취득점수×2
	(3) 치료지원 제공기관 모니터링 팀이 구성되어 있는가?						
지원 내용 (35)	(4) 치료지원 대상자를 선정하기 위해 진단평가를 실시하였는가?						
	(5) 진단·평가 과정에서 보호자의 의견을 수렴하였는가?						
	(6) 치료지원 신청 방법 및 절차에 대한 상담이 원활하게 제공되었는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
	(7) 치료지원 운영을 위한 협의회 등이 정기적으로 이루어지는가?						
	(8) 치료지원 제공기관 모니터링이 학기별로 2기관 이상 실시되었는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
제공 방법 (30)	(9) 치료지원 제공기관 종사자의 성범죄경력조치를 실시하였는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
	(10) 치료지원 유관기관을 적절히 활용하고 있는가?						
	(11) 각 유관기관과 협조체제를 잘 이루고 있는가?(공문 발송을 통한 안내, 유관기관과 정기상담 실시 등)						*가중치부여 : 취득점수×2
	(12) 치료지원 중복 지원 및 과다 지원 방지에 철저하였는가?						
계획 및 평가 (15)	(13) 치료지원 운영계획(모니터링 계획 포함)이 수립되었는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
	(14) 치료지원 전자카드 발급 및 관리가 잘 이루어지는가?						
합 계							

【서식 7】(특수학교 자체평가 후 원본 보관 → 도교육청 제출(사본))

## 치료지원 운영 자체평가[양식](특수학교)

작성자				작성기관
직위		성명		00 교육지원청 특수교육지원센터

### 1. 자체평가 결과

홍보(5)	조직(15)	지원내용(35)	제공방법(30)	계획 및 평가(15)	계(100)

### 2. 자체평가표

※ 평가 척도					
① 매우 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 그렇다	⑤ 매우 그렇다	

영역	평 가 관 점	평 가 척 도					점수
		1	2	3	4	5	
홍보 (5)	(1) 치료지원 운영에 대하여 홈페이지, 가정통신문 등을 통하여 충분히 안내되었는가?						
조직 (15)	(2) 개별화교육지원팀에 특수교육 관련 전문가가 포함되었는가?(치료사 등)						*가중치부여 : 취득점수×2
	(3) 치료지원 업무 담당자가 지정되어 있는가?						
지원 내용 (35)	(4) 치료지원 운영을 위한 협의회 등이 이루어지는가?						
	(5) 치료지원을 위한 개별화교육계획 과정에서 보호자의 의견을 수렴하였는가?						
	(6) 특수교육지원센터에서 결정한 교육지원 내용을 토대로 개별화 교육지원팀에서 치료지원의 내용과 방법을 결정하였는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
	(7) 개별화교육계획에 학생의 치료지원 내용이 포함되었는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
제공 방법 (30)	(8) 적절한 치료지원이 이루어지고 있는지 모니터링을 하고 있는가?						
	(9) 치료지원 제공계획서 및 기록지 등을 잘 보관하고 있는가?						*가중치부여 : 취득점수×2
	(10) 치료지원 중복 지원 및 과다 지원 방지에 철저하였는가?						
	(11) 치료지원 유관기관을 적절히 활용하고 있는가?						
계획 및 평가 (15)	(12) 각 유관기관과 협조체제를 잘 이루고 있는가?(공문 발송을 통한 안내, 유관기관과 정기상담 실시 등)						*가중치부여 : 취득점수×2
	(13) 치료지원 운영계획이 수립되어 있는가?						
	(14) 개별화교육계획에 학생의 치료지원 결과(평가)가 기록되었는가?						
합 계							

【서식 8】(특수교육지원센터(원본 센터 보관) →도교육청 제출(사본))

## 치료지원 제공기관 모니터링 점검표

### 1. 치료기관 현황 및 점검표

기관명		소재지(주소)	
사업자번호		전화번호	
대표자		전자우편	
치료실 수		치료지원 제공 대상 학생 수	- 관내 특수교육대상학생:      명
치료사 수			- 관외 특수교육대상학생:      명 - 관내 특수학교 학생:      명

평가 항목	배 점	점검사항	평가			비고
			우수	보통	미흡 및 결격	
서비스 내역 관리	30	(1) 학생별 특성 및 수준을 고려한 치료지원 계획서/평가서 작성 여부 및 내용 적절성	5	3	2	
		(2) 치료지원 제공 내용(기록지) 작성 여부	5	3	2	
		(3) 치료지원 제공 관련 서류 제출 여부	5	3	2	
		(4) 제공계획서와 동일내용(영역, 단가 등) 제공 여부	5	3	2	
		(5) 서비스 영역 변경 시 학부모/학교와 협의 여부	5	3	2	
		(6) 학교 및 보호자와 정기상담 후 상담내용 기록지 보관	5	3	2	
전자카드 결제 관리	25	(7) 서비스제공 회기별 결재 및 제공일과 결제일 일치 여부	5	3	2	
		(8) 치료지원 대상 학생(보호자) 직접 결제 여부	5	3	2	
		(9) 치료지원 제공 당일 미결제 시 사유 작성 여부	5	3	2	
		(10) 치료지원 실시 전 선결제 및 일괄결제 여부	5	3	2	
		(11) 검사비 및 카드결제수수료 등을 포함 결제 여부	2	1	0	
		(12) 치료지원비 집행 관련 서류 보관 여부	3	2	1	
제공 환경	30	(13) 사업자 등록 여부, 건물안전상해보험, 치료사 배상책임보험 가입 여부 (보험증권 사본)	5	3	2	
		(14) 치료지원 제공환경 쾌적성 여부 (보건 위생 고려)	5	3	2	
		(15) 치료영역에 적합한 치료시설 및 자료구비 현황	5	3	2	
		(16) 장애인 편의시설 및 기타 설비기준 준수, 승강기, 휠체어리프트, 경사로 등 설치	5	3	2	
		(17) 소화기 및 소화시설, 대피로 등의 안전을 위한 장치 확보 여부	5	3	2	
		(18) 치료지원 제공 공간 내부 확인 가능 여부 (투명창 또는 CCTV 설치)	5	3	2	

평가 항목	배점	점검사항	평가			비고
			우수	보통	미흡 및 결격	
제공 인력	15	(19) 치료사의 소지 자격과 서비스 제공 영역의 일치 여부	5	3	2	
		(20) 서비스 제공 인력의 성범죄 및 아동·장애인 학대 경력 조회 확인 여부	5	3	2	
		(21) 성희롱·성폭력 예방교육 및 인권교육 연수실시 여부	5	3	2	
민원		■ 꿈활짝카드 이용자 민원 여부(모니터링 후 반영)	(감점 -5)			
협조		■ 교육지원청 모니터링 및 현장점검 등에 협조 여부	(감점 -5)			
총 점			/ 100			
지정 기준	• 우수: 점검항목을 내용이나 형식에 부합하게 이행함 • 보통: 점검항목을 이행하고 있으나 내용이나 형식이 부족함 • 미흡 및 결격: 점검항목이 없거나, 있어도 이행하지 않음		• 90점~81점: 시정 및 보완요청 • 80점 이하: 재점검			
	※ 지정 기준 및 평가에 결격이 없어도 서비스 제공 중 성관련·폭력 등 중대한 사안이 발생한 경우 가맹점 선정·취소 가능					

## 2. 점검 결과 및 의견

치료지원 제공기관 적합성 여부	예 / 아니오
보완사항	

## 3. 점검자

일 시	202 . .	
소 속	성 명	서 명

## 4. 확인자

소 속	성 명	서 명

※ 확인자는 위의 점검사항에 대한 내용에 동의하며 추후 이의를 제기하지 않겠음

【서식 9】

치료지원 제공기관 경고장[예시]

※ 모니터링 결과 조치 사항(27쪽) 참고

기 관 명	○○치료기관
치료지원 제공기관 선정 운영 기간	년 월 일 ~ 현재
경고사유	<p>&lt;예시&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치료지원 제공기록지를 작성하여 송부 하지 않음</li> <li>2. 「꿈활짝카드」를 치료기관에서 보관하여 사용함</li> <li>3. 발달재활서비스 영역과 중복하여 치료함</li> </ol>
관련근거	<p>□ 장애아동 복지지원법 시행규칙 제9조 참고(운영기준)</p> <p>□ 장애아동 복지지원법 제21조제5항(지정취소 기준)</p> <p>21쪽 참고, 성폭력</p>
시정기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일

위 사항에 대하여 경고하오니 이후 유사한 사례가 발생하지 않도록 유의하시고, 위반 사항은 시정 기간 내 조치하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

전라북도○○교육지원청교육장 (직인)

【서식 10】

## 치료지원 제공기관 선정 취소 통보

기 관 명	○○치료기관
사안 발생일 (또는 기간)	년 월 일
선정취소 사유	<p>&lt;예시&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 프로그램 운영과정에서 안전사고 3회 이상 발생</li> <li>2. 학생 체벌, 성희롱, 성추행 등의 물의를 일으킴</li> <li>3. 서면경고 시정 기간 내 조치 사항 미이행</li> </ol>
관련근거	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 장애아동 복지지원법 시행규칙 제9조 참고(운영기준)</li> <li>□ 장애아동 복지지원법 제21조 제5항(지정취소 기준)</li> <li>□ 학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률 제2조</li> </ul>

위 사유로 해당 기관의 전라북도교육청 특수교육대상학생 치료지원 제공기관 선정을 취소합니다.

20 년 월 일

전라북도교육청 (직인)



【서식 11】 (치료지원 제공기관→학교 제출(사본), 학교보관용)

## 2020년 치료지원 제공 계획서

학교명 (학년 반)		성명	
치료지원 영역		치료지원 제공인력	
제공 일정	월 회(주 회)/ 회당 분 매주 요일 ( : ~ : )	제공 방법	가맹점 방문 ( ) 치료사 가정 방문 ( )

주요 기능상태 및 욕구	치료지원 목표

치료지원 월별 계획	월별	치료지원 내용
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
유의 사항		

치료지원 계획 및 이용 비용(조정가능)				
이용시간	단가	횟수	월 이용액	본인부담금
매주 수요일 13:00~15:00			원	원

작성일 :       년       월       일

보호자 : (서명)

☞ 원본은 치료지원 제공기관 보관

☞ 해당 학생의 치료지원 제공기관으로 선정된 후 1개월 이내 계획서 제출

【서식 12】(치료지원 제공기관→학교 제출(사본), 학교보관용)

## 202○년 치료지원 제공 기록지 [ ]월

치료제공기관명					
치료지원 대상자	성명		소속		
치료 영역					
1. 치료지원 내용					
날짜(월/일)	/	/	/	/	/
회당 제공시간 (분)	00:00-00:00 (00분)				
담당 치료사	(인)	(인)	(인)	(인)	(인)
이용 금액 (원)					
이용자(확인)					

- ☞ 치료지원 영역별로 제공된 서비스 시간 및 치료 담당자 성명 표기  
 ☞ 이용자(확인)란은 이용자 또는 그 가족이 기록내용을 확인하고 서명  
 ☞ 원본은 치료지원 제공기관 보관 ※ 상태 및 결과 기록

일 자	이용자의 상태 및 치료 결과
/ ( )	<p>예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 준비운동: 윗몸일으키기</li> <li>• 본운동: 줄넘기, 철봉, 순발력 운동</li> <li>• 정리운동: 정리체조(다리, 허리, 팔, 어깨, 목운동)</li> </ul> <p>⇒ 관찰 내용(치료자 소견): 윗몸일으키기 20번 이상하기 어려워했으며, 본 운동 중 특히 철봉을 잘 매달려 있으며, 정리체조도 순서에 맞게 운동함. 힘들지만 적극적으로 참여하여 전체 수행 중 80%정도 수행함. 심리 및 정서적으로 변화부분 기입</p>
/ ( )	
/ ( )	

【서식 13】 (치료지원 제공기관→학교 제출(사본), 학교보관용)

## 202○년 치료지원 제공 학기별 평가서

성 명		생년월일	
학교명 (학년 반)		치료지원 영역	
제공 일정	월 회(주 회)/ 회당 분 매주 요일 ( : ~ : )	제공 방법	가맹점 방문 ( ) 치료사 가정 방문 ( )

주요 기능상태 및 욕구	치료지원 목표

치료지원 월별 평가	월별	평가 내용
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
종합평가		

☞ 원본은 치료지원 제공기관 보관

【서식 14】 (치료지원 제공기관 보관용)

## 「꿈활짝카드」 결제 변경 사유서

수업일	결제일	변경사유	〈영수증 첨부〉
<p>사업자명 : (인)</p> <p>치 료 사 : (인)</p> <p>보 호 자 : (인)</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p>			

【서식 15】(치료지원 제공기관→특수교육지원센터 제출)

## 치료지원 제공기관 자체 점검표

### 1. 치료기관 기본 현황

기관명		소재지(주소)	
사업자번호		전화번호	
대표자		전자우편	
치료실 수		치료지원 제공 대상 학생 수	- 관내 특수교육대상학생:   명
치료사 수			- 관외 특수교육대상학생:   명
발달재활서비스 제공기관 여부 (승인기간)		○, × (20 . . . ~ 20 . . .)	
발달재활서비스 제공 영역			
배상보험 가입 여부 (가입 기간)		○, × (20 . . . ~ 20 . . .)	
서비스 제공 점검 현황	학교 일과시간 중 결제한 경우	- 일과시간 결재: 유/무	
	결재시간과 치료시간이 상이한 경우	- 유/무 - 결재 변경 사유서 작성 여부: ○, ×	

### 2. 치료기관 서비스 제공 현황 (칸 추가하여 작성)

치료명(내방/순회)	치료지원 학생수	치료제공 치료사수	1회 치료시간 (치료시간/부모상담)	치료단가	자비부담금	기타
○○치료(내방)						
○○치료(순회)						
△△치료						
□□치료						

### 3. 치료실 현황 및 해당 영역 자료구비 (칸 추가하여 작성)

치료실 명	면적(m <sup>2</sup> )	위치(층수)	소방시설(○, ×)	기타

### 4. 치료사 현황

순	이름	치료영역	졸업학교/학과	자격증 (발급기관)	꿈활짝카드 이용학생수 /담당 학생수	1회기 단가	비고
1		언어치료	**대학교/ 언어치료과	언어재활사1 급 (보건복지부)	6 / 10		재직 ( ~ )
2							퇴사 ( ~ )
3							
4							
5							

### 5. 「꿈활짝카드」 이용 학생 현황(총 명)

(꿈활짝카드를 사용하는 관내/관외 특수교육대상학생 및 특수학교 학생 모두 작성)

순	학생명	학교/학년	월	제공 영역	치료사명	이용 시간 (요일/시간)	제공기록지 학교송부방법 (날짜, 방법)	비고 (재활바우처 이용 시 해당 영역)
1			3~7	언어치료	○○○		매월 30일 학부모 전달	○ (음악치료)
			8	언어치료	△△△		8.30 우편발송	
			9~10	미술치료	□□□			
			※ 치료 영역, 제공인력 등 변경사항에 따라 칸 추가하여 작성 (일시적-방학 등 따른 시간 변경 제외)					
2								
3								
4								
5								

6. 건의 사항 (개조식으로 작성)

--

7. 작성자

소 속	성 명	서 명