



## 2025학년도 ADHD 치료비 지원 사업 안내[변경]

안녕하십니까? 지난 E알리미를 통해 안내드렸던 <2025학년도 ADHD 치료비 지원 사업>에 변경된 내용이 있어 다시 한 번 안내드립니다. 해당 지원 사업에 관심이 있으신 학부모님들께서는 변경된 사항을 확인하시어, 기간 내에 신청해 주시기 바랍니다.

또한, 이미 신청서를 제출하신 학생들은 별도로 다시 제출할 필요는 없지만, 변경된 내용을 꼭 확인해주시기 바랍니다.

※ 주의 : 신청자 중 선정 기준에 의해 선발되는 사업으로 신청한다고 모두 지원 받는 사업이 아님

### □ 변경 내용 요약

- 신청 기간 변경

2025. 3. 18.(화)~ 2025. 3. 26.(수) 12시 까지★

- 기 지원 학생의 경우 신청 가능하지만, 최종 선정 여부는 도교육청 위원회 결정

- 제출서류 중 해당자는 5월 말까지 **정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서**  
(2025.3.26. 기준 최근 6개월 이내)

- 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서 제출 이전에는 ADHD 병의원 진료 외래비만 지원 가능

### □ 치료비 지원 안내

● 지원 기간: 2025. 4. ~ 2025. 10. 31. ※ 선정 공문 발송시 정확한 기간 명시 예정

● 지원 대상

- ★관내 초·중학교 재학생 중 최근 6개월 이내 ADHD 진단을 받은 학생★

(2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내)

- 기 지원 학생인 경우 신청은 가능하나 최종 선정 여부는 위원회에서 결정함

● 치료 지원 적용 제외 대상

- 특수교육대상 학생

※ 선정 후 2개월동안 병·의원 및 기관에서 ADHD 치료를 받지 않을 경우 다른 학생 지원을 위해 치료비 지원 중단

● 지원 금액: 1인당 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담)

※ 예산 소진 시 사업 조기 종료될 수 있음

● 지원 기관

- 마음봄카드에 등록된 정신건강의학과 병·의원 및 전문심리상담치유기관

● 지원 영역

- 위기학생 예방을 위한 ADHD 학생의 심리·정서적 치료가 목적이므로 언어, 학습, 발달, 재활 등 심리 정서적 영역이 아닌 치료비 지원 불가
- 지원 가능 영역에 해당하더라도 서류 미흡 시 지원 불가
- 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서(2025. 3. 26. 기준 최근 6개월 이내) 제출 이전에는 ADHD 병·의원 진료 외래비만 지원 가능(심리상담 치료비는 진단서 제출 이후 지원 가능)
- 세부 지원 영역

지원 가능 영역	지원 불가 영역
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강의학과 병·의원에서의 ADHD 진료 외래비, 상담 및 치료비, 약물치료비</li> <li>- 약국에서 결제한 약제비</li> <li>- ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이치료, 모래놀이치료, 심리운동치료, 인지행동치료</li> <li>- ADHD 학생과 보호자를 포함하여 그룹(집단)으로 진행되는 가족상담</li> <li>- ADHD 학생의 상담 및 양육을 위한 부모상담</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 각종 증명서 발급 수수료, 진료 및 상담 이전 선납부금</li> <li>- 보호자 및 다른 가족원의 개인상담</li> <li>- 언어 관련 치료 및 상담</li> <li>- 학습 및 진로 관련 상담(학업 증진을 목적으로 하는 집중력 향상 프로그램 등 포함)</li> <li>- 병·의원에서 의료 목적으로 실시하는 것이 아닌 뇌파치료 및 유사 치료와 상담</li> <li>- 재활치료 관련 상담 및 치료</li> <li>- 작업치료 관련 상담 및 치료</li> <li>- 신체, 언어 등 발달 관련 치료 및 상담</li> <li>- 기타 ADHD의 심리·정서·행동 치료적 영역과 밀접한 관련이 없는 치료 및 상담</li> <li>- ADHD의 치료적 효과성과 무관하게 돌봄, 학생 선호 등을 사유로 1주에 다회기 진행되는 것</li> </ul>

신청 방법★

- 신청기간: ★2025. 3. 18.(화) ~ 3. 26.(수) 12:00까지★

※ 신청기간 이후 제출한 서류는 사전 안내 없이 대상자 선정에서 제외

- 제출서류★★★

- [서식1] ADHD 치료비 지원 신청서
- [서식2] 2025년 전주온빛초 ADHD 치료지원 정보확인서
- [신청서류1] 보호자 동의서
- [신청서류2] 개인정보 제3자 제공 동의서
- [해당자] 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단서★

· 치료비 지원 대상자로 선정될 경우 ADHD 진단서 미제출 학생은  
5월 말까지★ 제출 필수(미제출 시 지원 종료)

< E알리미(PC에서만 가능/모바일X)에서 서식 및 제출서류 출력 후 작성하여 제출 >

대상자 선정 안내

- 선정 안내(예정)일: 2025. 4. 21.(월) ※ 상황에 따라 일정 변경될 수 있음

문의

- 서류 제출 관련 : 063-249-6639 (온빛초 상담실)
- 본 사업에 대한 정확한 설명 관련 : 063-239-3472 (민주시민교육과)

2025년 3월 20일

전주온빛초등학교장



[서식2]

## 2025년 ADHD 치료 및 상담 지원 신청서

1. 치료비 지원을 받고자 하는 학생에 대한 정보를 작성해 주세요.

이름(성별) : \_\_\_\_\_ (남/여)      생년월일 : \_\_\_\_\_ 년    월    일      \_\_\_\_\_ 학년    반

2. 보호자 연락처를 기록해 주세요. : \_\_\_\_\_

3. 학생이 정신건강의학과 전문의로부터 ADHD 진단을 받았습니까? ○ / X

4. 정서행동특성검사 결과 관심군으로 선별된 적이 있습니까? ○ / X

5-1. **2023년**에 실시한 ADHD 치료비 지원 사업과 관련하여 아래 해당하는 것에 ○ 표시 해주세요.

- ① 미신청(신청하지 않았어요)      ② 미선정(신청했지만 선정되지 않았어요)  
③ 선정 후 취소      ④ 선정 후 미치료      ⑤ 선정 후 치료

5-2. **2024년**에 실시한 ADHD 치료비 지원 사업과 관련하여 아래 해당하는 것에 ○ 표시 해주세요.

- ① 미신청(신청하지 않았어요)      ② 미선정(신청했지만 선정되지 않았어요)  
③ 선정 후 취소      ④ 선정 후 미치료      ⑤ 선정 후 치료

6. 2025년에 지원받거나 지원 예정인 사업에 ○표 해주세요.

- ① 특수교육 대상      ② 도교육청 치료비 지원(모든 지원 사업)  
③ 교육지원청 치료비 지원      ④ 기타 바우처 사업 지원

7. 선정 이후 이용하고자 하는 기관에 대한 정보를 기록해 주세요.

	기관명	담당자	담당자 연락처
정신건강의학과 병·의원			
전문상담심리치유기관			

위와 같이 ADHD 치료비 지원을 신청합니다.

2025년    월    일

학생명 :                    (서명)

보호자(법정대리인) 성명:                    (서명)

전주온빛초등학교장 귀하

※유의사항※ 지원 금액: **1인당 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담)**

## 보호자 동의서

본인은 \_\_\_\_\_ 학생의 보호자로서  
전북특별자치도교육청 ADHD 치료비 지원 사업에 의한  
치료에 성실히 임할 것을 동의합니다.

20    년    월    일

보호자: \_\_\_\_\_ (서명)

학생과의 관계: \_\_\_\_\_

개인정보 제3자 제공 동의서(안)

I. 제공받는 기관

- 전북특별자치도교육청, 치료 기관

II. 제공하는 개인정보의 항목

- 지역, 학교정보(학교명, 학교급, 학교담당자, 담당자연락처), 학생정보(학생명, 학년/반, 성별, 생년월일, 학생 연락처, 학부모 연락처), 치료기관명

III. 개인정보 제공 목적

- 학교는 다음과 같은 이유로 개인정보를 요청(제공)합니다.  
- 학생 병원 치료비 지원

IV. 개인정보 보유기간

- 수집된 개인정보의 보유기간은 치료비 신청 연도로부터 5년간입니다.

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 단, 동의가 없을 경우 이와 관련된 업무 진행이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?     동의함     동의하지 않음

※ 개인정보는 정보주체의 동의없이 동의한 내용 외 다른 목적으로 활용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다.

성 명 : \_\_\_\_\_ (인)  
20    년    월    일

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

보호자(법정대리인)성명 : \_\_\_\_\_ (인)  
연 락 처 : \_\_\_\_\_  
관 계 : \_\_\_\_\_