

1. 치과진료분야

**2026년 여성건강지원사업
- 치과진료 지원사업 공모 -**

한국여성재단은 건강사회를 위한 치과의사회와 함께 여성가장 및 여성활동가에게 구강 건강 증진을 위한 치과 진료비를 지원합니다. 많은 관심과 참여 부탁드립니다.

1. 지원 개요

지원내용	치과 진료비 (충치치료 및 임플란트 시술 가능함. 단, 교정치료 지원 불가)																			
지원대상	① 여성가장	여성가장(*추천단체를 통해서만 지원 가능) - 기준 중위소득 100% 이하에 해당하는 여성가장 (※ 생계급여 일반수급자 신청 불가)																		
	② 여성활동가	공익단체에서 활동하는 여성 활동가 - 공익단체 활동 경력 총 3년 이상인 자																		
총 지원규모	여성가장 및 여성활동가 총 25명																			
지원 한도액	1인당 최대 300만 원 이내 ※ 심사과정 중 연계된 치과의 검진결과에 따라 지원금액이 결정됩니다.																			
<p>① 본 사업은 '건강사회를 위한 치과의사회'에서 사업비 일부 후원을 통해 진행되며, "연계병원 치료에 동의한 대상자에 한해" 선정이 가능함.</p> <p>② 여성가장의 공모신청은 "반드시 추천단체를 통해서만" 접수 가능함(※ 개인 직접 신청은 불가)</p> <p>- *추천단체(시설): 지역사회 여성지원 사업, 복지활동을 수행하는 단체·시설로 지원금의 집행 관리·사례 관리 가능한 곳으로 여성·시민사회단체, 자활훈련기관, 사회복지 관련 기관(사회복지관 등) 등에서 추천 가능</p> <p>- 1개 추천단체에서 최대 2인까지만 추천 가능.</p> <p>※ 추천단체 자격 불가: 국가관련시설(시군구 사회복지과), 의료기관(의료시설 의료사회복지부서)</p>																				
<p><2026년도 기준 가구원 수별 중위소득></p> <p style="text-align: right;">(단위: 원/월)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>가구원 수</td> <td>1인(100%)</td> <td>2인(100%)</td> <td>3인(100%)</td> <td>4인(100%)</td> <td>5인(100%)</td> <td>6인(100%)</td> </tr> <tr> <td>기준 중위소득</td> <td>256만 4,238</td> <td>419만 9,292</td> <td>535만 9,036</td> <td>649만 4,738</td> <td>755만 6,719</td> <td>855만 5,952</td> </tr> </table> <p>※ 지원대상 중 여성가장의 경우 2026년 기준 중위소득 100% 이하에 해당하는 자에 한함</p>							가구원 수	1인(100%)	2인(100%)	3인(100%)	4인(100%)	5인(100%)	6인(100%)	기준 중위소득	256만 4,238	419만 9,292	535만 9,036	649만 4,738	755만 6,719	855만 5,952
가구원 수	1인(100%)	2인(100%)	3인(100%)	4인(100%)	5인(100%)	6인(100%)														
기준 중위소득	256만 4,238	419만 9,292	535만 9,036	649만 4,738	755만 6,719	855만 5,952														

2. 신청 방법

- 접수 기간: 2026년 4월 1일(수)~2026년 4월 17일(금) 16:00
- 접수 방법: 이메일 접수 (이메일 주소: hhpark@womenfund.or.kr)
 - ※ 이메일 제목: 치과진료(가장/활동가)_추천단체명_지원자명
 - ※ 첨부파일명: 치과진료_지원자명

3. 제출 서류

- 여성 가장은 추천단체를 통해서만 지원 가능하며, 여성활동가는 개인 지원 가능함
- 모든 발급서류는 발급일로부터 3개월 이내 서류로 제출해야 함
- 신청자 정보 리스트를 제외한 모든 서류는 하나의 PDF파일로 제출 (단, 신청자 정보 리스트는 첨부된 EXCEL 파일로 별도 제출 필요)
- 여성가장의 경우 추천단체에서 2명의 지원자를 공동 추천할 경우 하나의 공문으로 제출 가능함
- 제출된 서류는 반환하지 않으며, 제출된 내용 및 증빙서류의 오류, 누락 또는 허위사실이 발견된 경우, 심사 과정에서 제외하거나 선정된 이후에도 지원을 취소할 수 있음

<제출 서류 안내>

구분	제출서류		
여성가장 (※추천단체를 통해서만 지원가능/ 개인 신청 불가)	지원자	① 지원신청서	[서식1]
		② 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서 (※서명 필수)	[서식2]
		③ 건강보험료 납부확인서(최근1년치) 또는 수급자증명서	
		④ 가족관계증명서 또는 한부모가족증명서	
여성활동가 (※개인지원)	추천 단체	① 공문	
		② 추천단체 정보 (※지원신청서 하단 양식에 작성)	
		③ 비영리단체등록증 또는 신고증	
		④ 신청자 정보 리스트(Excel)	[서식3]
여성활동가 (※개인지원)		① 지원신청서	[서식1]
		② 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서(※서명 필수)	[서식2]
		③ 재직 증명서	
		④ 경력 증명서(현 재직 기관의 근무기간이 3년 이상일 경우 제출하지 않을 수 있음)	
		⑤ 건강보험료 납부확인서(최근 1년치)	
		⑥ 신청자 정보 리스트(Excel)	[서식3]

4. 추진 일정(※ 추진 일정은 상황에 따라 변경될 수 있음)

서류접수	26. 4. 1.(수) ~4. 17.(금) 16:00	<ul style="list-style-type: none"> 4월 17일(금) 16:00 서류접수 마감 (이메일 제출) 접수기간 내 이메일 접수자에 대해서만 접수 가능 신청 시, 치과 진단서는 별도 제출하지 않음
1차 서류심사 /대상자 선정	26. 4. 20.(월) ~5. 8.(금)	<ul style="list-style-type: none"> 서류심사 진행 및 1차 대상자 선정 1차 서류심사 기준: 신청서상 치과진료의 필요성, 경제 상황, 근로 상황, 향후 자립가능성 등 선정결과 홈페이지 공지, 추천단체 개별 연락 (5월 8일 이후)
2차 검진 치과 연계 및 심사	26. 5. 11.(월) ~7. 24.(금)	<ul style="list-style-type: none"> 치과병원 연계 및 2차 검진심사 현재 치과치료가 필요한 사항 진단 검진을 통해, 치아상태 및 치료필요성 심사 진행 ※ 재단에서 연계해준 연계치과를 통해서만 검진 가능

최종 심사	26. 7. 27.(월) ~ 8. 4.(화)	<ul style="list-style-type: none"> • 최종 심사 : 선정위원회를 통해 종합적인 판단 하에 선정 여부 결정
선정 발표	26. 8. 6.(목) 예정	<ul style="list-style-type: none"> • 홈페이지 공지, 추천단체 개별 연락 ※ 추천단체에서 신청서를 제출하신 추천단체 이메일로 선정결과를 전달해 드립니다. 이메일 주소 오기 혹은 누락으로 인한 불이익은 한국여성재단에서 책임지지 않습니다.
치료 및 사례관리	치료 시작	<ul style="list-style-type: none"> • 선정일로부터 2주 이내 치료계획에 따른 치료 시작 및 진행해야 함 ※ 선정일로부터 특별한 사정 없이 2주 이내 치료를 시작하지 않을 경우, 선정이 취소될 수 있음 ※ 선정자 중 특별한 사정 없이 2개월 이상 치료를 임의 중단할 경우 사업지원이 종료될 수 있음
결과보고	치료 종료 후	<p>[치료 종료 후, 추천단체 진행사항]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치료 종료 후 결과보고서 제출(메일) 요청(한국여성재단→추천단체) • 치료 종료 후 15일 이내 결과보고서 제출(추천단체→한국여성재단) <p>[치료 종료 후, 여성재단 진행사항]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치료비 지급(한국여성재단→치과)

5. 지원사업 유의사항

구분	유의사항
연계치과	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치과진료의 경우, '건강사회를 위한 치과의사회' 소속의 연계 치과에서만 치료가 가능합니다. 이에, 검진 심사단계에서 해당치과를 '건강사회를 위한 치과의사회'에서 연계해드리며, 선정 이후 치료 시에도 "연계된 치과에서만" 치료가 가능합니다. ○ 연계치과의 경우, 1차 서류심사 이후 2차 검진심사 대상자가 확정이 되면 치과 연계가 시작됩니다. 치과는 거주 지역과 진료내용 등을 종합적으로 고려하여 연계한 후 선정자에게 별도 안내드리오니 참고하여 주시기 바랍니다. (※연계 치과 선택 불가) ○ 신청 대상자의 거주지를 기준으로 최대한 근거리로 연계해 드리으나, 거주지에 연계치과가 없을 경우 타지역으로 배정될 수 있습니다. 신청 시 이점 유의하시기 바랍니다.
신청불가 대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 아래에 해당하는 분들은 신청이 불가합니다. <ol style="list-style-type: none"> ① 2023년~2025년 한국여성재단 건강지원사업을 통해 지원받은 경우 ② 동일한 질환으로 타 기관(정부 포함)의 지원과 중복지원을 받은 경우
기타	<ul style="list-style-type: none"> ○ 본 사업으로 지원받은 항목에 대하여, 민간보험 청구를 할 수 없습니다. 지원 후 보험금 청구 시, 중복지원이 되어 본 사업비를 반환해야 하는 점 유의하시기 바랍니다. ○ 최종 선정자 중 특별한 사유 없이 2개월 이상 치료를 임의 중단할 경우, 사업 지원이 종료될 수 있는 점 양지해 주시기 바랍니다.

○ 문의: 한국여성재단 지원사업팀 ☎ 02-336-6559 / hhpark@womenfund.or.kr