

## 오산시 저소득 노인 의치보철 등 지원에 관한 조례

제정 2019년 12월 20일 조례 제1766호

**제1조(목적)** 이 조례는 오산시 저소득 노인의 구강질환 예방과 구강건강 유지로 복지 증진에 이바지하기 위하여 그 의치보철 등 지원에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 조례에 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. “의치보철(義齒補綴)”이란 오산시장(이하 “시장”이라 한다)이 구강건강 상태가 취약한 오산시(이하 “시”라 한다)저소득 노인(이하 “저소득 노인”이라 한다)을 대상으로 지원하는 의치·임플란트(dental implant)의 시술을 말한다.
2. “의료급여 수급자”란 「국민기초생활보장법」 제12조의3에 따라 의료급여를 받는 사람을 말한다.
3. “차상위 본인부담 경감대상자”란 「국민건강보험법 시행규칙」 제14조에 따라 본인부담액을 경감 받을 수 있는 사람을 말한다.
4. “본인부담금”이란 해당 시술비(이하 “시술비”라 한다) 총액 중 의료급여 또는 건강보험 적용금액을 제외한 금액을 말한다.

**제3조(지원 및 대상)** ① 시장은 저소득 노인의 지속적 구강건강을 위하여 예산의 범위에서 의치보철 등에 필요한 지원을 할 수 있다.

② 제1항에 따른 지원대상자(이하 “지원대상자”라 한다)는 시에 계속해서 1년 이상 거주하며 주소를 가진 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 65세 이상의 사람으로 한다.

1. 의료급여 수급자
2. 차상위 본인부담 경감대상자

**제4조(지원규모·기준 및 범위)** ① 의치보철 등에 필요한 지원규모는 시술비 중 본인부담금의 전부 또는 일부로 한다.

② 시술비의 지원기준은 보건복지부의 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대 가치 점수(고시)」에서 정한 바에 따르되, 제1항에 따른 지원액의 결정을 위한

## 오산시 저소득 노인 의치보철 등 지원에 관한 조례

시술의 종류 등 세부기준은 시장이 따로 정한다.

③ 본인부담금의 지원을 위하여 필요한 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 상·하악(顎) 양측에 전혀 치아가 없는 상태이거나 치아기능이 불가능하여 완전 발거 후의 의치제작
2. 상·하악 양측 또는 편측의 구치부(舊齒部)가 결손은 되었으나 지대치(支臺齒)의 상태가 양호한 상태의 의치제작
3. 부분 무치악(無齒顎)으로 인한 임플란트 제작

**제5조(시술기관의 선정 등)** ① 시장은 의치보철 등의 원활한 지원을 위하여 오산시 저소득 노인 의치보철 등 시술기관(이하 “시술기관”이라 한다)을 시 소재 치과 병·의원 중 신청에 따라 선정한다.

② 시장은 시술기관이 거짓이나 부정한 방법으로 시술비를 지급받은 사실이 확인 된 때에는 시술기관의 선정대상에서 제외한다.

**제6조(지원신청 및 지급)** ① 저소득 노인은 시술 지원을 받고자 할 경우에는 별지 서식의 노인 의치·임플란트 시술 지원 신청서를 작성하여 시장에게 제출해야 한다.

② 시장은 제1항의 신청서를 접수한 때에는 해당 신청인의 전신건강상태와 구강상태 검진 후 지원대상자를 선정해야 한다.

③ 시장은 지원대상자를 시술기관에 시술 의뢰하고, 해당 시술기관은 시술 완료 후 시장에게 시술비를 청구한다.

④ 시장은 제3항에 따라 시술기관에서 청구한 시술비에 대하여 시술내용과 비용 등의 사실관계를 확인한 후 그 시술비를 해당 시술기관에 지급한다.

**제7조(지원제외 등)** 법령이나 이 조례에 따라 시술 지원을 받은 사람은 7년간 지원대상자에서 제외한다. 다만, 편악만 시술한 때에는 다른 편악은 추가로 지원할 수 있다.

**제8조(홍보)** ① 시장은 의치보철 등 지원 및 시술기관 선정에 관한 사항을 저소득 노인들이 쉽게 알 수 있도록 시 인터넷홈페이지 등에 게재해야 한다.

② 동장은 해당 지역에 거주하는 저소득 노인들이 지원대상자가 될 수 있을 경우에는 제1항에 따른 홍보를 해야 한다.

**제9조(대장비치)** 시장은 의치보철 등 지원업무의 효율적 관리를 위하여 의치보철 등

지원 관리대장을 작성·비치한다.

**제10조(환수 등)** ① 시장은 지원대상자가 아닌 사람 또는 시술기관이 거짓 신청이나 부정한 방법으로 지원금을 받은 사실이 확인된 때에는 지체 없이 이를 되돌려 받아야 한다.

② 제1항에 따른 환수의 절차·방법 등에 필요한 사항은 지방세 징수의 예에 따른다.

**제11조(시행규칙)** 이 조례의 시행에 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

## 부칙

**제1조(시행일)** 이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

**제2조(경과조치)** 이 조례 시행 전의 의치보철 사업에 선정되어 해당 시술이 진행 중에 있는 사람은 제6조제2항에 따라 선정된 지원대상자로 본다.

[별지 서식]

## 노인 의치 · 임플란트 시술 지원 신청서

접수번호		접수일자	년    월    일				
지 원 대상자	성 명		주민등록 번호				
	주 소		전화번호				
	신청자 자 격	<input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 차상위본인부담경감대상자					
보건소 확인란	확인사항	<input type="checkbox"/> 임플란트	<input type="checkbox"/> 1대 <input type="checkbox"/> 2대	<input type="checkbox"/> 상 악	<input type="checkbox"/> 완전틀니 ○레진상 ○금속상 <input type="checkbox"/> 부분틀니	<input type="checkbox"/> 하 악	<input type="checkbox"/> 완전틀니 ○레진상 ○금속상 <input type="checkbox"/> 부분틀니
	기타사항				년    월    일	담당자 성명 : (서명 또는 인)	
위와 같이 노인 의치(틀니)·임플란트 시술 지원을 신청합니다.							
						년    월    일	
신청자 :							(서명 또는 인)
지원 대상자와의 관계 <sup>1)</sup> (            ) 전화번호							
오 산 시 장    귀하							

1) 지원 대상자가 직접 신청하지 않고 대리 신청할 경우 대상자와의 관계 기재. 단, 대상자와 신청자가 동일인이라면 ‘본인’으로 기재