

난임부부 친환경농산물 꾸러미 지원



1. 목 적

- 농자재값, 인건비 상승 등 생산비 증가로 어려움을 겪고 있는 친환경 농가 소득 향상 및 판로 확보
- 난임부부에게 친환경농산물을 공급하여 친환경농산물의 지속적인 소비를 늘리고 저출산 극복에 기여

2. 추진방침

- 건강한 안전먹거리 제공으로 친환경농업 가치홍보 및 소비자 신뢰 제고
- 저출산 극복 대응 난임부부에게 친환경농산물을 공급하고 친환경농가 소득 향상

3. 추진근거

- 「친환경농어업 육성 및 유기식품 등의 관리·지원에 관한 법률」 제3조, 제7조
- 「전라남도 친환경농업 육성 조례」 제10조
- 「저출산·고령사회기본법」 제9조, 제10조
- 「모자보건법」 제11조, 모자보건법 지침 준용(난임부부 시술비 지원사업)

4. 추진기간 : 2025. 2. ~ 12.

5. 사업계획

(단위: 명, 천원)

사업명	사업량	1인당 지원단가	사 업 비			
			계	도비(24%)	군비(56%)	자부담(20%)
난임부부 친환경농산물 지원	12	480	5,760	1,382	3,226	1,152

* 꾸러미(1인당) 사업비 : 480,000원(도비 115,200^{24%}, 군비 268,800^{56%}, 자부담 96,000^{20%})

6. 사업개요

- 지원대상 : 영암군에 주소를 둔 난임부부(난임부부 시술비 지원 대상자)
 - * 불임이란 피임을 시행하지 않은 부부가 정상적인 부부관계에도 불구하고 1년 이내에 임신에 도달하지 못하는 경우
- 신청기간 : '25. 2. 12.(수) ~ 3. 31.(월)
- 사업량 : 12명 * 선착순 모집 / 신규 신청자 우선 모집
- 사업비 : 5,760천원(도비 1,382^{24%}, 군비 3,226^{56%}, 자담 1,152^{20%})
- 사업내용 : 친환경농산물 꾸러미 1년간 공급(48만원/인) * 자부담 96천원
- 공급품목 : 친환경인증을 받은 신선농산물, 축산물, 무농약·유기가공식품
 - * 상품 주문시 50% 이상은 친환경농산물 구매가 필수

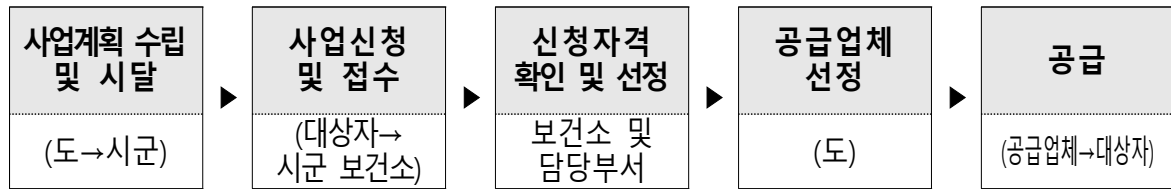
7. 사업 추진 요령

가. 지원자격 및 요건

- 영암군 보건소 '난임부부 시술비 지원결정 통지서 발급' 대상자
 - * 법적 혼인상태이거나, 신청일 기준 1년 이상 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소로부터 확인된 난임부부
 - 2025년 사업 지원받은 후 임신한 경우, 2025년 임신부 친환경농산물 꾸러미 지원사업에는 이중 지원 불가, 2026년에는 임신부 꾸러미 사업지원 가능

나. 지원 신청 및 접수

- (지원대상) 시군 보건소에서 '난임부부 시술비 지원결정 통지서'를 발급 받은 도내 거주 난임부부 * 부부 또는 여성 관내 거주 시 지원
- (지원신청) 거주지 시군 보건소에 '난임부부 시술비 지원 신청 시' 일괄 '친환경농산물 꾸러미 지원사업' 신청 접수, 방문·팩스·이메일 신청
 - 해당 시군을 기준으로 지원하되, 지원기간 중 주민등록지 또는 실제 거주지가 변경되는 경우에도 최초 접수한 시군에서 지원
 - 시군은 사업 예산범위 내에서 대상자 모집 가능하며, 중도에 사업 포기자 발생 시 예산의 범위 내에서 추가 모집 가능
- ※ **보건소 역할** : 난임부부가 난임부부 시술비 지원 신청 시 난임부부 꾸러미 사업 안내 및 신청서를 접수 받아 친환경농산물 꾸러미 담당부서(농축산유통과)에 전송(꾸러미 신청서, 난임부부 시술비 지원결정통지서)



○ (신청 서류) 친환경농산물 꾸러미 신청서

- 보건소에 난임부부 시술비 신청 시 일괄 친환경농산물 꾸러미 신청

☞ 보건소 → 농축산유통과에 전달

· [신청서\(서식1\)](#), [보건소 발급 '난임부부 시술비 지원결정통지서'\(서식2\)](#)

○ (선정 통보 및 회원가입) 대상자 확정 후 쇼핑몰 회원가입 진행

- 시군에서 대상자 검증 및 확정 후 대상자 명단 공급업체에 전달
- 사업자선정(고유번호발급) 후 30일 이내 쇼핑몰 미가입 시, 사업자 선정(주문 가능일 기준) 후 60일 이내 1회 이상 농산물을 주문하여야 함(조건 미충족 시 사업포기자로 간주)
- * 조건 미충족 시 사업포기자로 간주하고 지자체 여건에 따라 최종 사업대상자 취소 여부 결정
- 사업포기자는 당해연도 재신청 불가

다. 지원 품목 등

- 「친환경농어업 육성 및 유기식품 등의 관리·지원에 관한 법률」 제2조 제2호에 따른 유기농수산물·무농약농산물, 같은 법 제2조 제3호에 따른 유기가공식품, 같은 법 제5호의2에 따른 무농약 원료 가공식품 등

- 사업대상자의 필요와 기호를 반영하여 품목을 직접 선택하여 주문하거나, 이미 구성된 꾸러미 상품, 정기 공급 프로그램 등도 이용 가능
- 전남도 내에서 생산·공급이 가능한 품목을 우선적으로 공급하며, 부족 물량은 인접한 광역 또는 전국에서 조달하여 공급
- * 유기농산물, 무농약농산물, 유기축산물, 유기수산물, 유기가공식품, 무농약원료가공식품, 동물복지인증품에 한하여 지원(단, 한우·유정란·돼지고기의 경우 「축산법」 제42조의2에 따른 무항생제축산물 인증품 공급도 가능)

라. 지원 방식

- 전남도내 사업대상자에게 친환경농산물, 유기가공식품 등을 꾸러미 형태로 거주지까지 배송 및 공급

- (공급업체 선정) 도에서 자체 공모 및 심의를 통해 친환경농산물 꾸러미 제작 및 공급 능력을 갖춘 광역 유통업체 선정
 - * 선정된 공급업체는 조속히 생산자 확보, 통합(쇼핑)몰 등록, 포장재 제작 등 준비
- (주문 및 배송) 사업대상자는 남도장터 쇼핑몰을 이용하여 원하는 상품을 주문 후 결제, 공급업체는 꾸러미 상품을 제작하여 사업대상자에게 지체없이 배송
- (지급 및 정산) 지자체는 확정된 사업대상자에 한하여 사업비를 익월 5일 까지 공급업체에 선지급하고 공급업체는 예산 집행 후 지자체에 사후 정산

마. 지원 조건

- (지원한도) 사업대상자 1인당 친환경농산물 48만원 상당(자부담 40천원 포함)의 친환경농산물을 사업대상자 확정일로부터 '25년 12월 15일까지 지원
 - 1회 공급 최소금액 : 30,000원 이상
 - * 단, 잔여금액이 30,000원 미만인 경우 마지막 주문에 한하여 30,000원 미만 주문 가능
 - * 단품으로 생산지에서 직접 배송하는 과일·쌀 등은 25,000원 이하 주문 가능
 - 꾸러미(선택형, 완성형) 선택 시 꾸러미 구성 금액 중 친환경농산물 비중 금액은 50% 이상으로 설정
 - 배송 횟수는 월 4회(연 16회) 이내를 기본으로 하되 사업대상자의 기호 및 주문에 따라 조정 가능
- (지원기간) '25. 12. 15.까지
 - 시군(읍면동)에서는 사업대상자 확정 안내 후 30일 이내 온라인몰 회원 미가입자와 60일 이내 친환경농산물 미주문자는 사업포기 간주됨을 안내
 - 시군은 사업대상자의 온라인 회원 가입 여부와 미주문자 정보를 확인하고 시군의 여건에 따라 대상자 취소 여부 최종 결정

서식 1

난임부부 친환경농산물 지원 신청서

난임부부 친환경농산물 지원사업 신청서 (개인정보 수집 및 조회·제공·이용동의서 포함)					접수일 (시각)	
난임부부 (여성)	이름		주소		연락처 (휴대폰)	
	생년월일		난임 진단일		e-mail	
난 임 진 단 병 원 명						
꾸러미 사업 신청 내역		- 신청액 : 48만원(도비 115,200원, 시군비 268,000원, 자부담 96,000원) ※ 세부금액은 지자체에 따라 달라질 수 있음 - 지원기간: 사업자선정(아이디, 패스워드발급) 이후 '25. 12. 15 까지				
개인정보 제공 등 동의사항	정보를 제공받는 기관	해당 읍·면·동, 시·군, 도 및 도에서 선정한 친환경 농산물 공급업체, 사업 만족도 설문조사 기관				
	정보의 수집·이용 목적	난임부부 친환경농산물 꾸러미 지원사업 대상자 확정 및 사업 추진 및 보조사업 성과분석 등을 위함				
	개인정보의 항목	주소, 전화번호, 이름, e-mail, 생년월일, 난임진단일, 난 임진단병원명				
	개인정보 보유 및 이용기간	2025. 2. ~ 2028. 12. < 보유기간 경과 시 파기 >				
	※ 귀하는 개인정보제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 난임부부 친환 경농산물 꾸러미 지원에 제한이 있을 수 있습니다. ※ 사업자선정(고유번호발급) 후 60일 이내 쇼핑몰 미가입 시, 사업자 선정(고유번호 발급) 후 60일 이내 꾸러미 미주문 시 사업대상자 선정이 취소될 수 있습니다.					
신청인은 위 내용이 사실과 틀림없음을 확인하며, 기재 내용이 허위인 경우 지원금 전액 회수 등 불이익을 감수하겠으며, 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제22조에 따라 아래와 같이 개인정보의 제공 활용과 「난임부부 친환경농산물 지원사업」신청을 위하여 본인의 개인정보를 제공하는 것에 대하여 동의합니다. <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 동의안함 </div>						
2025. . . 신청인 : (인 또는 서명) <div style="text-align: right;">영암군수 귀하</div>						
※ 위임인(신청인)은 난임부부 친환경농산물 지원사업의 보조금 교부 신청, 청구, 정산 등 관련 사항을 수임인(공급업체명)에 위임하며, 위 정보는 본 사업의 신청 및 보조금 지급, 정산 자료로 활용할 것임을 확인함. <div style="text-align: right;"> 2025. . . 위임인(신청인) (인 또는 서명) <div style="text-align: right;">영암군수 귀하</div> </div>						
확 인 내 용					확 인 자	
■ 시군 거주자 여부 : 여(), 부() ※ 신청일 기준					직 성명	(인)
■ 난임진단서 발급 확인 결과 : 적정(), 부적정()						

난임진단서 [2종류]

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제3호]

진 단 서(인공수정시술 지원신청용)

수진자 성명	아내	주민등록번호		법률혼 여부	<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 법률혼 아님 (사실혼)
		연락처			
	남편	주민등록번호			
		연락처			
난임의 원인 (다중선택 가능)		<input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 배란기능장애 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 난관요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 자궁내막증 <input type="checkbox"/> 원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) <input type="checkbox"/> 기타()			
필수검사 시행 (모두 체크)		<input type="checkbox"/> 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자 : 년 월 일) <input type="checkbox"/> 자궁 및 난관검사 (검사일자: 년 월 일) ▪ 검사방법 : <input type="checkbox"/> HSG, <input type="checkbox"/> HyCoSy, <input type="checkbox"/> 복강경 검사 <input type="checkbox"/> 개복수술력 <input type="checkbox"/> 정상 배란 유무 (검사일자 : 년 월 일) * 기타검사(<input type="checkbox"/> 진단복강경, <input type="checkbox"/> 자궁내시경검사, <input type="checkbox"/> 호르몬검사)			
필수검사 결과 의학적 소견 (타기관 검사포함)		① 정액 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상 ② 자궁난관 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상 ③ 배란 가능 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상			
인공수정 필요 사유 (의학적 기준 가이드라인)		1. 원인불명 난임 (정액검사와 배란가능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견) <input type="checkbox"/> 1-1-1 여성연령 35세 미만이면서 1년 이상 자연임신 되지 않은 경우 <input type="checkbox"/> 1-1-1 (완서조항) 여성연령 35세 이상이면서 6개월 이상 자연임신 되지 않은 경우 2. 남성요인 <input type="checkbox"/> 2-1 정계장애류가 없음에도 정액 검사 이상 소견 확인 <input type="checkbox"/> 2-2 사정 장애 등 기타 이유() 3. 자궁내막증 <input type="checkbox"/> 3-1 자궁내막증 수술 후 자연임신 시도 6개월 이상 경과 <input type="checkbox"/> 3-2 임상적으로 의심되는 자궁내막증을 동반하면서 자연임신 시도 1년 이상 경과 4. 기타사유(정자공여 등) ()			
임신 시도 기간 (피임기간 제외)		<input type="checkbox"/> 6개월 ~ 1년 <input type="checkbox"/> 1년 ~ 2년 <input type="checkbox"/> 3년 이상			
이전 보조생식술 이행 여부 (타병원 시술 포함)		<input type="checkbox"/> 있음 ▪ 인공수정()회, ▪ 제외수정()회			<input type="checkbox"/> 없음
인공수정 수술기관 지정번호		의료 기관명		전화	
				FAX	
위와 같이 확인합니다. 20 년 월 일 의사면허번호 : 과 번 전문의자격번호 : (서명) 기관명 (직인) 담당의사 :					
시·군·구 보건소장 귀하					
* 진단의사는 난임진단 전 여성의 배란기능을 검사하고 반드시 자궁 및 난관 검사결과 및 남성의 정액검사결과지를 확인한 후 진단서를 발급하여야 함					

■ **난임부부 시술비 지원사업 [서식 제2호]**

진 단 서 (체외수정시술 지원 신청용)

수진자 성명	아 내	주민등록번호		법률 여부	<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 법률혼 아님 (사실혼)
	남 권	연락처			
		주민등록번호			
		연락처			
난임의 원인 (다중선택 가능)		<input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 배란기능장애 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 난관요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 자궁내막증 <input type="checkbox"/> 원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) <input type="checkbox"/> 기타()			
필수검사 시행 (모두 체크)		<input type="checkbox"/> 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자: 년 월 일) ※ 정액검사 예외 <input type="checkbox"/> 4번 남성요인 항목에 대한 비뇨기과 진단체조 별도 제출한 경우 <input type="checkbox"/> 냉동배아 냉동정자로 시술하는 경우 (진단서 발급일자: 20 년 월 일) <input type="checkbox"/> 자궁 및 난관검사(검사일자: 년 월 일) ▪ 검사방법 <input type="checkbox"/> HSG, <input type="checkbox"/> HyCoSy, <input type="checkbox"/> 복강경 검사 <input type="checkbox"/> 개복수술력 ※ 난관검사 예외 <input type="checkbox"/> 양측나팔관 폐쇄 또는 절제, 심한 유착으로 인한 나팔관 기능 부전 진단서를 제출하여 나팔관 검사 없이 자궁 검사만 실시한 경우 <input type="checkbox"/> 난소기능 저하 등 여성환인으로 체외수정이 반드시 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 남성요인(무정자 등) 난임으로 체외수정시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 <input type="checkbox"/> 조영제알려지반응 등 (자궁 검사명: , 검사일자: 20 년 월 일) <input type="checkbox"/> 증상 배란 유도 (검사일자: 년 월 일) * 기타검사 <input type="checkbox"/> 진단복강경, <input type="checkbox"/> 차궁내시경검사, <input type="checkbox"/> 호르몬검사)			
필수검사 결과 의학적 소견 (타기관 검사포함)		① 정액 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상 ② 자궁난관 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상 ③ 배란 가능 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상			
체외수정 필요사유 (의학적 기준 가이드라인) • 중복 선택 가능		1. 체외수정사유 이외의 난임 치료로 임신율 기대하기 어려운 경우 <input type="checkbox"/> 1-1 양측 난관 폐쇄 (파임시술로 인한 폐쇄 제외) <input type="checkbox"/> 1-2 중증 자궁내막증 <input type="checkbox"/> 1-3 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 1-4 학상전 유전질환이 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 1-5 기타 (상세 사유:) 2. 체외수정사유 이외 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우 <input type="checkbox"/> 2-1 난관 성형술 가용력 <input type="checkbox"/> 2-2 배란 유도 가용력 <input type="checkbox"/> 2-3 인공 수정 가용력 <input type="checkbox"/> 2-4 기타 (상세 사유:) 3. 원인 불명 난임(정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견) <input type="checkbox"/> 3-1-1 여성연령 35세 미만이나 3년 이상 임신되지 않은 경우 <input type="checkbox"/> 3-1-1 (문서조항) 여성연령 35세 이상이나 1년 이상 임신되지 않은 경우 4. 남성 요인 <input type="checkbox"/> 4-1 자생선자극호르몬성 생선기능저하증 진단 후 2개월 이상 호르몬 치료한 경우 <input type="checkbox"/> 4-2 정관절제술에 대한 수술적 치료 후 지속되는 난임 <input type="checkbox"/> 4-3 정계장액류 진단 치료 후 1년 이상 지속되는 난임 <input type="checkbox"/> 4-4 폐색성 무정자증 진단 및 수술적 치료 후 지속되는 난임 <input type="checkbox"/> 4-5 비폐색성 무정자증 진단 후 고환 조직 검사에서 정자가 발견된 경우 5. 기타사유 ()			
임신 시도 기간 (최임기간제외)		<input type="checkbox"/> 1년 - 2년 <input type="checkbox"/> 2년 - 3년 <input type="checkbox"/> 3년 이상			
아전 보조생식술 이행 여부 (타병원 시술 포함)		<input type="checkbox"/> 있음 ■ 안공수정()회, ■ 체외수정()회		<input type="checkbox"/> 없음	
체외수정 사술기관 지정번호	의료 기관명			전화	
				FAX	
위와 같이 확인합니다. 20 년 월 일					
의사면허번호 : _____ 전문의자격번호 : _____ 담당의사 : _____ 과 _____ 번 기관명 : _____ (직인)					
시·군·구 보건소장 귀하					

서식 2

난임부부 시술비 지원결정통지서(보건서 발급)

■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제4호]

일련번호 20 - 호

난임부부 시술비 지원결정통지서

발급일자

20 . . . (요일)

주 소				연락처	(주택)	
					(휴대폰)	
성 명	부인		생년월일	년 월 일	혼인 관계	<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼
	남편		생년월일	년 월 일		
시술종류 및 지원한도액	신선(<input type="checkbox"/> 110만원 <input type="checkbox"/> 90만원 <input type="checkbox"/> 기타()) 동결(<input type="checkbox"/> 50만원 <input type="checkbox"/> 40만원 <input type="checkbox"/> 기타()) 인공(<input type="checkbox"/> 30만원 <input type="checkbox"/> 20만원 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 (사실혼 부부로서 건강보험 급여 적용안)				지원회차	()차
유효기간	20 년 월 일 ~ 월 일까지(유효기간 시작일로부터 3개월) * 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우 자동 효력 상실(재신청을 통해 지원결정통지서 재발급 필요)					
위와 같이 시술을 의뢰합니다. 사·군·구 보건소장 직인						
〈준수사항〉 ※ 지원 대상자 ① 지원대상자는 원칙적으로 난임시술 의료기관을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 미리 제출하여야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다. ② 시술비는 1회 시술비 지원 한도액 범위내에서 본인부담금(일부·전부)의 90%, 비급여(착상유도제, 유산방지제 각 20만원 및 배아동결비 30만원 한도)에 대하여 지원이 됩니다. ③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서 자유롭게 시술을 받되, 지원결정통지서 발급일로부터 3개월 이내에 시술을 시작(이하 유효기간)하여야 합니다. 유효기간이 경과한 경우, 반드시 새로운 결정통지서를 발급받아 시술기관에 재제출하여야 시술비가 지원이 됩니다. ④ 지원결정통지서의 시술종류와 다른 방법으로 시술받고자 하는 경우(예: 신선→인공), 시술을 중단하거나 시술도중 시술기관을 변경할 경우는 지원결정통지서를 발급한 보건소에 알려야 합니다.(시술비 신청 시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부) ⑤ 시술 의료기관이 아닌 인근 의료기관에서 프로그레스톤 주사제를 투약하려는 경우, 거주지 관할 보건소에 문의하여, 투약 가능한 의료기관의 안내 및 투약절차 등을 안내받을 수 있습니다. ※ 지정 의료기관 ① 시술지정기관은 모든 시술대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 정부 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 시술을 시작하여야 합니다. ② 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 난임시술을 실시했다라도 정부지원금을 청구할 수 없습니다. ③ 부작용 등 경증 및 중등증 이상의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 정부지원시술비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다. ④ 시술기관은 난임치료시술을 제공함에 있어 동사업 지침을 준수하지 않거나 지정기관으로서의 기능이 상실되거나 부적합한 경우 지정기관에서 제외될 수 있습니다. ⑤ 시술기관 통계 관리를 위해 시술이력을 건강보험심사평가원에 제공하는 등 모니터링에 적극 협조하여야 합니다. ⑥ 사실상 혼인관계인 당사자의 시술을 수행한 후, 반드시 ‘요양기관 정보마당’에 사실혼 표기 입력 후 비용을 청구하여야 합니다. ※ 유효기간란은 기재후 테이핑하여 주시기 바랍니다.						