

천주교수원교구

CATHOLIC DIOCESE OF SUWON

우 16346 수원시 장안구 이목로 39(정자동) / 전화 (031) 268-3907 / 전송 244-3991

문서번호 천수교 2026-113

시행일자 2026. 3. 26.

수신 제위신부 및 기관장

참조 전교수녀, 총회장, 제분과위원회장, 소공동체위원회장, 사회복지분과장, 사무장

선결			지시	
접수	일자	.	결재	
	시간	:		
	번호		공람	
처리과				
담당자				

- 제목 1. 2026년 상반기 생명지원사업 안내
2. 2026년 상반기 단기생활비지원사업 안내

† 경청과 식별로 동행하는 수원교구! 그리스도 안에서 일치!

1. 2026년 상반기 생명지원사업(출산, 양육, 치료비 지원) 안내

교구 사회복음화국 생명위원회에서는 2026년 상반기 생명지원사업을 다음과 같이 실시하오니 본당(또는 기관) 관할 내에서 대상자를 추천해 주시기 바랍니다.

다 음

가. 지원대상 : 수원교구 내 출산, 양육, 치료비 지원이 필요한 가정 또는 기관(미혼모 시설)

구분	대상	지급기간/금액
양육 지원	<경제적 어려움을 겪고 있는 가정 중 다음에 해당되는 가정> 다자녀(세 자녀 이상) · 조손 · 한부모 · 미혼부모 · 입양 · 가장의 실직 · 다문화 · 소년소녀가장 · 장애인 가정에서 <u>막내 자녀가 만 18세 이하(또는 고등학교 3학년 재학)까지</u> 지원 가능	월 1회 2년간/ 심의 후 최대 30만원 이내 차등지급
출산 지원	셋째 자녀를 임신한 임산부, 세 자녀 이상의 임산부, 미혼모 임산부	1회/ 한 가정당 100만원
치료비 지원	희귀 · 난치성질환으로 고통받는 환자가 있는 가정	1회/ 심의 후 최대 100만원 이내 차등지급

나. 신청방법

: 붙임의 신청 안내에 따라 해당 신청서와 구비서류를 준비하여 우편 접수

※ 이메일 및 팩스 불가

다. 신청마감 : 4월 27일(월) ※ 4월 27일자 우체국 소인까지 유효
라. 문 의 : 교구 사회복음화국 ☎ 031-268-3907(내선 0402)

2. 2026년 상반기 단기생활비지원사업 안내

교구 사회복음화국 생명위원회에서는 2026년 상반기 단기생활비지원사업을 다음과 같이 실시합니다. 각 본당에서는 공공요금 체납이나 생활고로 긴급하게 생활비 지원이 필요한 이웃들을 추천해 주시기 바랍니다.

다 음

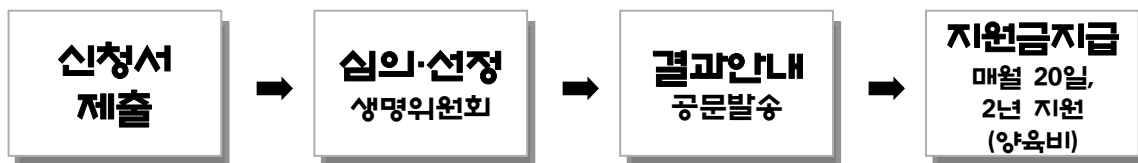
- 가. 지원대상 : 수원교구 본당 내 긴급하게 생활비 지원이 필요한 가정(청년, 노인, 장애인 등)
- 나. 지원금 : 매월 300,000원씩 3개월간 지급
- 다. 신청방법 : 붙임의 신청 안내에 따라 신청서 작성 및 구비서류 제출
: 이메일 또는 우편으로 제출
- 라. 신청마감 : 4월 27일(월) ※ 4월 27일자 우체국 소인까지 유효
- 마. 유의사항 : '2026년 상반기 생명지원사업'과 중복신청 불가
- 바. 문 의 : 교구 사회복음화국 ☎ 031-268-3907(내선 0402)

- 붙임
1. 생명지원사업 신청안내문.
 2. 출산 지원금 신청서.
 3. 양육 지원금 신청서.
 4. 치료비 지원금 신청서.
 5. 단기생활비지원사업 신청안내문.
 6. 단기생활비지원금 신청서.
 7. 단기생활비지원사업 추천서.
 8. 생명지원사업·단기생활비지원사업 포스터 1부(29일자 주보편 발송). 끝.

+ 문 회 종
총 대 리 문 회 종 주 교

생명지원사업 신청안내문

1. 지원절차 및 주의사항



가. 출산지원금, 희귀·난치성질환 치료비는 1회 지급.

나. 본당을 통한 신청 및 지원금 전달 원칙.

단, 미혼모시설만 시설 직접 신청 및 지원금 직접 전달이 가능하고, 미혼모시설 외 기관은 시설 관할 본당 주임사제의 확인을 받고 신청 가능하며 지원금은 시설 계좌로 전달.

다. 동일 가정 중복신청 불가.

- (1) 현재 생명지원사업 양육비 지원을 받고 있으면 신청이 불가하나 2026년 4월부터 만료되는 가정(2024년 5월부터 지원받고 있는 가정)은 재신청 가능. 또한, 복수 분야의 중복신청 불가함. ☞ (예) 동일한 가정에서 치료비와 양육비 중복신청 불가
- (2) '2026년 상반기 단기생활비지원사업'과 중복신청 불가.
- (3) 사회복지화국 '긴급치료비지원사업'(5월 접수에 한해)과 중복신청 불가

라. 치료비(희귀·난치성질환) 지원에 선정되었던 가정은 2년 경과 후 재신청 가능.

☞ 2024년 상반기(5월)에 지원받았던 가정은 재신청 가능함.

※ 2024년 하반기(12월) 이후 선정되었던 가정은 신청 불가.

마. 신청자 추천 시 본당에서 사회복지분과, 빈첸시오 협의회, 구역반원 등의 본당 봉사자를 통한 돌봄(방문, 전화)이 가능해야 하고, 지속적인 관리(안부, 가족구성원 및 경제적 상황변경 확인)가 이루어져야 함. 또한 대상자가 신청 조건에 부합하는지 본당에서 충분히 검토한 후에 신청 요망.

2. 지원사업 구비서류 안내

< 공통서류 >

- (1) 분야별 지원신청서 ☞ 아래의 '가~다' 분야별 구비서류 첨부
- (2) 생명지원금이 입금될 본당(또는 시설) 명의 통장사본

가. 출산지원금 구비서류(선정 시 1회 지급 / 1가정 당 100만원)

- ☞ 신청대상 : 셋째 자녀를 임신한 임산부, 세 자녀 이상의 임산부, 미혼모 임산부
- (1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - (2) 산모수첩 사본(출산예정일 기재 부분 복사), 또는 임신 확인서 첨부

나. 양육 지원금 구비서류(선정 시 2년간 매월 지급/ 1가정 당 매월 30만원 이내 차등 지급)

- (1) 한부모가정 : 배우자의 사별 또는 이혼으로 인해 세대주 부(또는 모)에 의하여 양육되는 만 18세 이하의 자녀가 있는 가정

- ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
- ② 한부모가족증명서(주민센터 및 지자체장 발급가능)
 - ※ 발급이 어려운 경우 신청서에 미발급 사유 기록 요망
- (2) **실직자가정** : 만 18세 이하 자녀가 있는 가정 중 가장의 실직
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - ② 실직 및 폐업 확인증명이 가능한 서류
 - ㄱ. 실직 이전 자영업자 : 휴업사실증명원 또는 폐업사실증명원(세무서 발행)
 - ㄴ. 실직 이전 월급생활자 : 퇴직증명원(전 회사 발급 가능, 서류 내 근로기간이 나타나야 함)
 - ※ 발급이 어려운 경우 신청서에 미발급 사유 기록 요망
- (3) **다자녀가정** : 현재 세 자녀 이상 가정 중 **막내가 만 18세 이하**의 가정,
 - 현재 셋째 자녀 임신부도 신청 가능함(단, 출산지원금과 중복신청 불가)
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - ② 셋째 자녀 임신부는 산모 수첩의 **출산예정일** 기재되어있는 부분을 포함한 사본
- (4) **조손가정** : 부모의 이혼, 가출, 사별 등의 사유로 조부모가 **만 18세 이하의 손자(녀)**를 양육하는 경우
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
- (5) **소년소녀가장가정** : 부모의 이혼, 가출, 사별 등의 사유로 미성년자만으로 세대가 구성되었거나 조부모 등 보호자가 있어도 노령, 장애로 부양 능력이 없는 경우
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
- (6) **미혼부모가정** : **미혼(사실혼 관계에 있는 사람 제외)**으로 만 18세 이하 자녀 양육자 또는 미혼모사회복지시설 퇴소 시 시설과 연계 추천을 받은 가정
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - ② 자녀 출생증명서(①항을 제출할 수 없는 경우만)
- (7) **다문화가정** : **만 18세 이하**의 자녀가 있는 다문화가정(결혼이민자, 귀화한 외국인, 외국인 부모, 난민, 이주노동자 가정)
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - ② 단, 상기 ①의 서류 발급이 불가능한 경우, 다문화가정임을 증명할 수 있는 서류(다문화가족 확인서, 외국인 등록증 등) 제출
- (8) **장애인가정** : 가족 구성원 중에 장애인이 포함되어 있는 가정으로 **만 18세 이하**의 자녀를 양육하고 있는 가정
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - ② 장애인등록증 사본 또는 장애인증명서
- (9) **입양가정** : **만 18세 이하**의 영유아·청소년을 입양한 국내입양가정
 - 단, 해외이주신고로 주민등록이 말소된 자는 지원대상 제외
 - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
 - ② 입양관계증명서

다. 치료비 지원금 구비서류(선정 시 1회 지급/ 100만원 이내 차등 지급)

☞ **신청대상** : 경제적 어려움을 겪고 있는 가정 중 **희귀·난치병**을 앓고 있는 아동, 성인

- (1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

(2) 진단서 또는 소견서

(3) 진료비 영수증(장기치료 환자일 경우 최근 1년간 영수증)

3. 신청방법 : 상기 2번의 '지원사업 구비서류 안내'에 따라 해당 신청서와 구비서류를 준비하여 우편 접수 **※ 이메일 및 팩스 제출 불가**

(1) 본당 신청 : 본당 주임사제 서명 날인 필수

(2) 미혼모 시설 신청 : 시설 기관장 서명 날인 가능

(3) 미혼모 시설 외 교구 사회복지시설 신청 : 관할 본당 주임사제 서명 날인 필수

(4) 타종교 또는 비신자 신청 : 관할 본당 구역·반장 등의 추천인 확인과 주임사제 서명 날인 필수

※ 제출처: (우)16346 수원시 장안구 이목로 39 천주교 수원교구청 1층 사회복지화국 생명위원회

4. 신청마감 : 4월 27일(월), 마감 당일(4월 27일자) 우체국 소인까지 유효

5. 결과안내 : 5월 중 해당 본당(또는 기관)에 업무연락 발송

6. 문의 : 교구 사회복지화국 ☎ 031-268-3907(내선 0402)

()본당/시설 출산지원금 신청서

신청 당사자 인적 사항	산모이름	(세례명 :)				
	생년월일	년 월 일 (만 ___세)	연락처 (휴대전화)			
	주 소					
	가족형태	<input type="checkbox"/> 셋째자녀를 임신한 임신부 <input type="checkbox"/> 세자녀 이상의 임신부 <input type="checkbox"/> 미혼모 임신부 <input type="checkbox"/> 미혼모 시설				
가족 사항 ()명	번호	관계	이름(세례명)	생년월일	직업	건강상태 및 특이사항
구체적 상황 기재	※ 기재란이 부족한 경우 별지를 사용하여 추가로 작성해 주세요.					
추천인 일반사항 (예) 사회복지분과장, 구역장, 반장, 사무장 등	추천인 이름 (세례명)		직책			
	연락처 (휴대전화)		e-mail			
첨부서류 : 1. 주민등록등본 또는 가족관계증명서 2. 산모수첩 사본(출산예정일 기재 부분 복사), 또는 임신 확인서 첨부 3. 본당(또는 시설) 통장계좌번호(※신청 당사자 또는 추천인의 계좌가 아님)						
2026년 _____ 월 _____ 일						
신 청 인 : _____ (인 혹은 서명) (※ 신청 당사자 또는 추천인)						
본당주임신부 : _____ (인 혹은 서명) (※ 또는 미혼모 시설장)						

()본당/시설 양육 지원금 신청서

※ 주의사항 : 가능한 모든 항목에 빠짐없이 표시(√)와 기록을 해주세요. 빈 항목이 있을 경우 감점됩니다.

신청 당사자 인적 사항	이름	(세례명 : _____) * 가정의 가장 이름 기재			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
	생년월일	년 월 일 (만 ____세)	연락처 (휴대전화)			
	주소					
	가족형태	<input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 다자녀가정 <input type="checkbox"/> 미혼부모가정 <input type="checkbox"/> 소년소녀가장가정 <input type="checkbox"/> 입양가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 (할머니할아버지) <input type="checkbox"/> 실직자가정 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)				
가족 사항 ()명 ※ 추가 명단은 본문 참고	관계	이름(세례명)	생년월일	직업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	월소득	1. 생계급여 및 정부지원금	원	2. 정부지원금 이외의 가구월소득	원	
		총 가구월소득(1+2) _____ 원				
	부채상태	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (_____ 원)				
	근로여부	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 계약직 <input type="checkbox"/> 일용직 <input type="checkbox"/> 자영업자 <input type="checkbox"/> 연매출 3억원 초과 <input type="checkbox"/> 연매출 3억원 이하 <input type="checkbox"/> 기타 (_____ 실제 근로 형태 직접 기입 _____)				
	주거상태	<input type="checkbox"/> 자가 (구입금액 _____ 원) <input type="checkbox"/> 전세 (전세금 _____ 원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금 _____ 원, 월 _____ 원) <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타 (_____ 실제 거주 실태 직접 기입 _____)				
	*후원금	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (지원단체명 : _____ / 지원금액 : _____ 원/월)				
구체적 상황 기재	※ 기재란이 부족한 경우 별지를 사용하여 추가로 작성해 주세요.					
추천인 일반사항 (예) 사회복지분과장, 구역장, 반장, 사무장 등	추천인 이름 (세례명)	직책				
	연락처 (휴대전화)	e-mail				
첨부서류 : <공통> ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서, ② 본당(또는 시설) 통장계좌번호 (※신청 당사자 또는 추천인의 계좌가 아님) ※ 한부모가정 (한부모가족증명서) ※ 실직가정 (생명지원사업 안내문 '2' 항, '나' 의 (2)번 참조) ※ 입양가정 (입양관계증명서) ※ 다자녀가정 (셋째 자녀를 임신한 경우 → 출산예정일 기재 부분 포함 산모수첩 사본 또는 임신 확인서) ※ 미혼부모가정 (주민등록등본 또는 가족관계증명서를 제출할 수 없는 경우 → 자녀 출생증명서) ※ 다문화가정 (주민등록등본 또는 가족관계증명서를 제출할 수 없는 경우 → 다문화가정임을 증명할 수 있는 서류) ※ 장애인가정 (장애인등록증 사본 또는 장애인증명서)						
2026년 _____ 월 _____ 일 신청인 : _____ (인 혹은 서명) (※ 신청 당사자 또는 추천인) 본당주임신부 : _____ (인 혹은 서명) (※ 또는 미혼모 시설장)						

* 후원금은 정부지원금(생계급여)을 제외한 민간단체나 기관, 개인 후원금을 말합니다.

()본당/시설 치료비 지원금 신청서

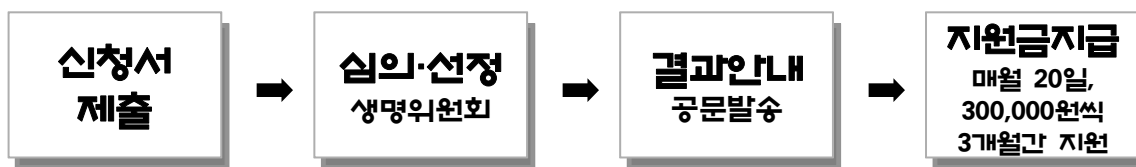
※ 주의사항 : 가능한 모든 항목에 빠짐없이 표시(√)와 기록을 해주세요. 빈 항목이 있을 경우 감점됩니다.

환자 인적 사항	환자이름	(세례명 : _____) <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
	생년월일	년 월 일 (만 _____세)	연락처 (휴대전화)			
	주소					
	진단명 (최종진단)	진단일	년 월 일	진료 병원		
	가족형태	<input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 다자녀가정 <input type="checkbox"/> 미혼부모가정 <input type="checkbox"/> 소년소녀가정가정 <input type="checkbox"/> 입양가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 (할머니, 할아버지) <input type="checkbox"/> 실직자가정 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)				
가족 사항 ()명 ※ 추가 명단은 본문 참고	관계	이름(세례명)	생년월일	직업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	월소득	1. 생계급여 및 정부지원금 _____ 원	2. 정부지원금 이외의 가구월소득 _____ 원		총 가구월소득(1+2) _____ 원	
	부채상태	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (_____ 원)				
	주거상태	<input type="checkbox"/> 자가 (구입금액 _____ 원) <input type="checkbox"/> 전세 (전세금 _____ 원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금 _____ 원, 월 _____ 원) <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타 (_____ 실제 거주 상태 직접 기입)				
	*후원금	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (지원단체명 : _____ / 지원금액 : _____ 원/월)				
치료비	치료비 현황	1. 1년 내 현재까지 발생한 치료비 : _____ 만원 기간 : 2025년 5월 ~ 2026년 4월 2. 향후 1년간 치료비 예상액 : _____ 만원 기간 : 2026년 5월 ~ 2027년 4월 3. 총 치료비(1+2) : _____ 만원				
	의료보장 수혜여부	<input type="checkbox"/> 국민건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 차상위 본인경감대상 <input type="checkbox"/> 없음				
	사보험 가입여부	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유				
	구체적 상황 기재	※ 기재란이 부족한 경우 별지를 사용하여 추가로 작성해 주세요.				
추천인 일반사항 (예) 사회복지문화과장, 구역장, 반장, 사무장 등	추천인 이름 (세례명)		직책			
	연락처 (휴대전화)		e-mail			
첨부서류 : 1. 주민등록등본 또는 가족관계증명서 2. 진단서 또는 소견서 3. 진료비 영수증(장기치료 환자의 경우 최근 1년간 영수증) 4 본당(또는 시설) 통장계좌번호(※신청 당사자 또는 추천인의 계좌가 아님)						
2026년 _____ 월 _____ 일 신청인(※ 신청 당사자 또는 추천인) : _____ (인 혹은 서명) 본당주임신부 : _____ (인 혹은 서명)						

* 후원금은 정부지원금(생계급여)을 제외한 민간단체나 기관, 개인 후원금을 말합니다.

단기생활비지원사업 신청안내문

1. 지원절차 및 주의사항



가. 본당을 통한 신청 및 지원금 전달 원칙.

교구 생명위원회에서 본당 명의 계좌로 지원금을 전달하면, 각 본당에서 선정 가정에 돌봄과 함께 지원금 전달.

나. 동일가정 중복신청 불가.

- (1) '2026년 상반기 생명지원사업'과 중복신청 불가.
- (2) 현재 생명지원사업 양육비 지원을 받고 있으면 신청이 불가하나 2026년 4월부로 만료되는 가정(2024년 5월부터 지원받고 있는 가정)은 신청 가능.
- (3) 사회복지화국 '긴급치료비지원사업'(5월 접수에 한해)과 중복신청 불가.
- (4) 본 사업은 한 가정당 최대 2회까지 신청 가능(3회 이상 신청 불가).

※ 예시) 2024년 상반기, 하반기 긴급생활비지원사업 모두 신청했던 가정은 신청 불가.

※ 본 사업은 구(舊) '긴급생활비지원사업'과 동일한 사업입니다.

다. 신청자 추천 시 본당에서 사회복지분과, 빈첸시오 협의회, 구역반원 등의 본당 봉사자를 통한 돌봄(방문, 전화)이 가능해야 하고, 지속적인 관리(안부, 경제적 상황 변경 등 확인)가 이루어져야 함. 또한 대상자가 신청 조건에 부합하는지 본당에서 충분히 검토한 후에 신청 요망.

2. 지원사업 구비서류 안내

가. 신청서(※ 붙임 양식 참조, 본당 주임사제 서명 날인 필수)

나. 주민등록등본

다. 본당 주임사제 추천서(※ 붙임 양식 참조, 본당 주임사제 서명 필수)

라. 후원금 수령용 본당 명의 통장 계좌 사본

3. 신청방법 : 상기 2번의 '지원사업 구비서류 안내'에 따라 해당 신청서와 구비서류를 준비하여 이메일이나 우편 접수

가. 이메일 : brave@casuwon.or.kr

나. 우편 : (우)16346 수원시 장안구 이목로 39 천주교 수원교구청 1층 사회복지화국 생명위원회

4. 신청마감 : 4월 27일(월), 우편 제출의 경우 마감 당일(4월 27일자) 우체국 소인까지 유효

5. 결과안내 : 5월 중 해당 본당(또는 기관)에 업무연락 발송

6. 문의 : 교구 사회복지화국 ☎ 031-268-3907(내선 0402)

()본당 단기생활비지원금 신청서

※ 주의사항 : 모든 항목에 빠짐없이 표시(√)와 기록을 해주세요. 빈 항목이 있을 경우 감점됩니다.

신청자 기본 사항	이름	(세례명 :)			<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여
	생년월일	년 월 일 (만 ___세)	연락처 (휴대전화)			
	주소					
	구분 (중복가능)	<input type="checkbox"/> 일용직 <input type="checkbox"/> 구직 및 실직자 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 다자녀 <input type="checkbox"/> 단독세대원 <input type="checkbox"/> 기타()				
가족 사항 ()명	관계	이름(세례명)	생년월일	직업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	월소득	1. 생계급여 및 정부지원금	원	2. 정부지원금 이외의 가구월소득	원	총 가구월소득(1+2) 원
	부채상태	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (원)				
	근로여부	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 계약직 <input type="checkbox"/> 일용직 <input type="checkbox"/> 자영업자(연매출 3억원 초과 <input type="checkbox"/> 연매출 3억원 이하) <input type="checkbox"/> 기타 (실제 근로 형태 직접 기입)				
	주거상태	<input type="checkbox"/> 자가 (구입금액 _____ 원) <input type="checkbox"/> 전세 (전세금 _____ 원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금 _____ 원, 월 _____ 원) <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타 (실제 거주 상태 직접 기입)				
	*후원금	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (지원단체명 : _____ / 지원금액 : _____ 원/월)				
신청 사유	※ 해당되는 항목에 표시해 주세요(중복표시가능). <input type="checkbox"/> 공공요금 납부 <input type="checkbox"/> 식비 <input type="checkbox"/> 주거비 <input type="checkbox"/> 통신비 <input type="checkbox"/> 기타					
	※ 구체적인 사유를 추가 서술해 주세요(기재 사항이 많을 경우, 별지에 기록).					
추천인 일반사항 (예) 사회복지분과장, 구역장, 반장, 사무장 등	추천인 이름 (세례명)				직책	
	연락처 (휴대전화)				e-mail	
첨부서류 : ① 주민등록등본 ② 본당 주임사제 추천서 ③ 본당 명의 통장 계좌 사본 (※신청 당사자 또는 추천인의 계좌가 아님)						
2026년 _____ 월 _____ 일						
신청인 : _____ (인 혹은 서명) (※ 신청 당사자 또는 추천인)						
본당주임신부 : _____ (인 혹은 서명)						

* 후원금은 정부지원금(생계급여)을 제외한 민간단체나 기관, 개인 후원금을 말합니다.

단기생활비지원사업 추천서

추천대상자	소속본당			
	성명		세례명	
	생년월일		연락처	
추천사유 및 특이사항				
		2026년	월	일
추천인 :		신부 (서명)		

2026년 상반기

생명지원사업

출산
양육
치료비 지원

구분	지원대상	지급기간/금액
양육 지원금	다자녀(세 자녀 이상) · 조손 · 한부모 · 미혼부모 · 입양 · 가장의 실직 · 다문화 · 소년소녀가장 · 장애인 가정 중 경제적 어려움을 겪고 있는 가정 * 막내 자녀가 만 18세 이하(또는 고등학교 3학년 재학)까지 지원 가능	월 1회 2년간 지급 <심의 후 최대 30만원 이내 차등 지원>
출산 지원금	셋째 자녀를 임신한 임산부, 세 자녀 이상의 임산부, 미혼모 임산부	1회 <한 가정 당 100만원>
치료 지원금	희귀·난치성 질환으로 고통받는 환자가 있는 가정	1회 <심의 후 최대 100만원 이내 차등 지원>

지원대상 수원교구 내 출산, 양육, 치료비 지원이 필요한 가정

신청방법 신청서 및 구비서류 제출

* 우편접수만 가능(이메일, 팩스 접수 불가)

* 신청서 양식 및 자세한 내용은 사회복지한국 홈페이지(social.casuwon.or.kr)

또는 QR코드 참조

신청마감 4월 27일(월)



생명지원사업
자세한 내용 확인

생명지원사업과 단기생활비지원사업 중복신청 불가

2026년 상반기

단기생활비지원사업

지원대상 수원교구 분당 내 긴급하게 생활비 지원이 필요한 가정

지원금 매월 30만원씩 3개월간 지급

신청방법 신청서 및 구비서류 제출

* 신청서 양식 및 자세한 내용은 사회복지한국 홈페이지(social.casuwon.or.kr)

또는 QR코드 참조

신청마감 4월 27일(월)



단기생활비지원사업
자세한 내용 확인