

# 2020년 경기도 해외나눔의료 사업 지원 공고

- 의료 나눔문화 확산에 기여하고 우수 의료기술의 해외 홍보
- 성공적인 의료나눔 사례 전파로 경기도 외국인환자 유치 견인

## 1. 사업개요

가. 대상사업 : 2개(해외 의료봉사, 해외환자 초청 무료수술)

나. 사업기간 : 2020. 6 ~ 12월

다. 사업비 : 50,000천원

※ 지원기관 수와 지원액은 심의 후 결정하고, 금액 조정가능

※ 신청 기관당 최대 10,000천원 지원

라. 사업내용

(해외의료봉사)

- 외과, 내과, 치과 등 무료진료 및 현지병원등과 연계 협업 치료 병행
- 1차 보건교육 병행 (구강교육, 영양교육, 성교육 등)
- 경기도 나눔의료 이미지 및 우수의료기술 홍보
- 봉사단 구성 : 의사, 간호사, 약사, 행정인력 등

(해외환자초청 무료수술)

- 대한민국 해외 공관, 의료 NGO, 해외 의료기관 및 협력 에이전시 등을 통해 해외 환자 발굴 협력
- 신청기관은 수술경험과 환자상태 등을 고려하여 의료사고 등 리스크가 발생하지 않도록 하여야 하며 환자 귀국 시까지 관리 책임이 있음 (경기도는 의료사고에 대해 연대 배상책임을 지지 않음)
- 수혜자 조서의 질환내용과 입국 후 정밀검사 결과가 다를 경우 지원 금액 사용 여부에 대해 반드시 지원기관과 협의 필요 (경우에 따라 보조금 반납가능)

※코로나19로 인하여 사업에 차질이 있을 경우 보조금 반납처리 또는 道와 협의하여 계획 변경 추진

## 2. 신청자격 및 지원 사항

### 가. 신청자격

#### (해외의료봉사)

- 최근 2년간 해외의료봉사 수행실적이 있는 경기도 소재 기관
- 외국인환자 유치등록기관 또는 해외의료봉사 관련기관

#### (해외환자초청 무료수술)

- 나눔의료 환자와 해외 현지 언론사 초청이 가능한 경기도 소재 외국인 환자 유치등록 의료기관 ※ 외국인환자 유치기관 등록 갱신 필수
- 최근 3년간 해외환자 무료수술 또는 의료봉사 실시 의료기관 우선 지원
- 러시아, 베트남, 몽골, CIS 국가 우선 지원 ※ 어린이·청소년 환자 우대

### 나. 지원 사항

#### (해외의료봉사)

- 의약품·소모성 의료물품 구입 및 기타 경상적 경비  
※ 경상적 경비 : 임차료(진료장소, 의료장비, 차량), 건강교육을 위한 교육자료, 홍보물품 등

#### (해외환자초청 무료수술)

- 초청자 항공료(왕복) 지원 : 환자, 보호자(1인), 방송관계자(2인)
- 체재비 지원 : 환자 및 보호자 1인당 3만원/일, 최대 4주  
방송관계자 1인당 10만원/일, 최대 1주
- 초청사업 추진과 관련된 기타 경비  
※ 별지 사업비 집행기준 참고

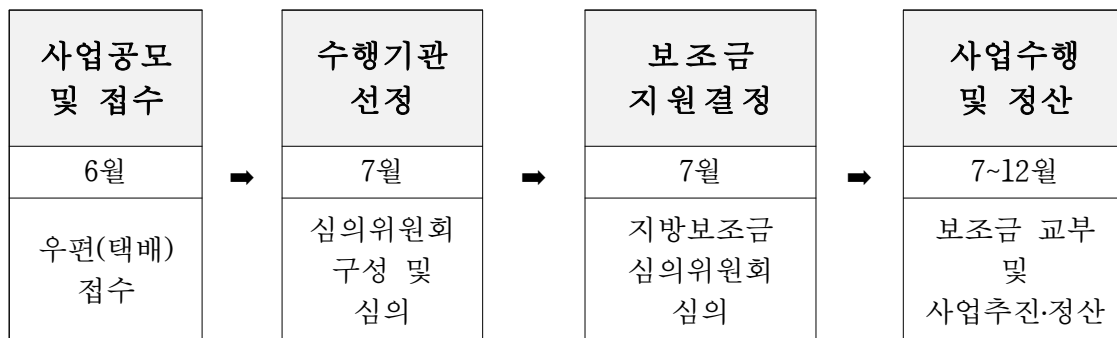
### 다. 초청대상

#### (해외환자초청 무료수술)

- 외국인환자 유치 타겟 국가의 저소득층 환자 및 현지 언론사
- 해외 매체(방송, 신문 등)등 초청이 원칙이나, 섭외가 어려울 경우 동 사업내용, 사진, 영상물 등을 활용한 해외 현지 홍보마케팅으로 대체 가능 ※ 별도협의 필수

### 3. 수행기관 선정 및 발표

#### 가. 추진일정



나. 선정 방법 : 심의위원회 구성 및 사업계획서 검토 후 평가기준에 의거 심사

다. 심사항목 : 수행기관의 역량, 사업계획 및 예산계획의 타당성, 홍보계획  
(홍보물 활용 방안 등)

#### 라. 선정기관 발표

- 경기도 홈페이지 공고 및 개별 통지하며, 미 선정기관에 대해서는 미통지

### 4. 신청방법 및 제출서류

#### 가. 신청접수

- 공고 및 접수기간 : 06.26.(금) ~ 07.03.(금)
- 접수방법 : 우편(택배)접수
  - \* 제출서류는 전자파일 형태로 이메일 별도제출(kimilwoo@gg.go.kr) 요망
  - \*\* 송달 여부는 반드시 유선 확인 필요하며, 접수기간 경과 후 송달은 신청자 귀책사유임 (접수 마감일 18:00시까지 우체국 소인 날인된 경우에 한함)
- 접수장소 : 경기도 보건의료정책과 의료산업팀  
(우편번호 16444 경기도 수원시 팔달구 효원로 1, 경기도청 제2별관 3층 보건의료정책과)
- 문 의 : 보건의료정책과 의료산업팀(031-8008-4746)

## 나. 제출서류

### (해외의료봉사)

- 사업 참가신청 공문
- 2020년 지방보조금 지원신청서 (서식 1) 1부
- 보조신청 사업계획서(사업비 집행계획) (서식 2) 1부
- 외국인환자 유치 등록증 사본(최신 본 요망) 또는 단체 소개서(서식 3) 1부  
※단, 법인 및 비영리 등록단체의 경우 등록증 사본으로 같음
- 최근 2년간 추진한 해외봉사 등 공익사업 추진실적 (서식 4) 1부

### (해외환자초청 무료수술)

- 사업 참가신청 공문
- 외국인환자 유치기관 등록증 1부 (최신 본 제출요망)
- 사업 신청서(서식 5), 사업 계획서(서식 6) 각 1부
- 수혜자 조서(서식 7), 최근 3년간 무료수술 및 해외 의료봉사 실적(서식 8) 각 1부
- 개인정보 수집·이용·제공 동의서(서식 9) 1부

## 5. 유의사항

- 가. 제출된 서류는 반환하지 않으며, 심의내용은 공개하지 않음
- 나. 제출된 서류의 내용이 사실과 다를 경우, 심의를 거쳐 선정을 취소할 수 있음
- 다. 심사결과와 관련된 평가사항은 비공개를 원칙으로 함
- 라. 사업계획서에 허위사실 기재 등 부정한 방법으로 보조금을 교부 받거나 사용한 경우 「경기도 지방보조금 관리 조례」에 의거 보조금의 전부 또는 일부 환수
- 마. 사업정산시 다른 용도로 보조금을 사용하거나 부적절하게 집행한 부분에 대해서는 잔액 환수
- 바. 사업평가결과 지원금을 횡령, 유용 등 중대한 위반사례 적발 시 다음연도 사업 지원제한
- 사. 사업종료 즉시, 결과보고서와 정산보고서(정산내역 및 증빙 포함)를 제출하여야 하며, 현지 발송매체 방영물은 정산보고 완료 후 30일 이내 제출
- 아. 제출된 자료는 본 용도 이외에 사용하지 않으며 「개인정보 보호법」에 의거 보호됨
- 자. 초청환자 및 보호자의 개인정보, 민감정보, 질병명, 주요 치료과목, 예상 치료기간 등은 의료기관에서 별도 관리
- 차. 기타 자세한 사항은 경기도 보건의료정책과 의료산업팀(031-8008-4746) 으로 문의

[ 서식 1 ]

## 2020년 지방보조금 지원신청서

기 관 현 황	기 관 명				대 표 자		
	소 재 지				전화번호		
	실무담당자		직위·성명		연락처 (핸드폰)		
	등록 내용				등록기관		
	등록일자 (등록번호)		. . . (번호 )		회 원 수		
	주요활동실적		. . .				
신 청 현 황	신청분야	구 분 (신규·계속)	신 청 사 업 명		사 업 추 진 재 원(천원)		
					계	보조금	자부담
<p>※ 신청분야 : 보건의료 기재</p> <p>경기도 지방 보조금 관리조례의 규정에 의하여 상기 사업에 필요한 경비를 지원받고자 소정의 서류 및 자료를 첨부하여 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">2020년      월      일</p> <p style="text-align: right;">○○○○ 대표 ○ ○ ○ (인)</p> <p>경기도지사 귀하</p> <p>※ 첨부서류</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 보조신청 사업계획서(첨부 2 서식) 1부.</li> <li>2. 2020년 단체 활동 계획 및 2019년 실적 1부.(구체적으로 별도 작성)</li> <li>3. 단체소개서(첨부 3 서식) 1부</li> </ol>							

[ 서식 2 ]

## 2020년 지방보조금 신청사업 계획서

【기 관 명 : (대표 : )】

☐ 사 업 명 :

☐ 사업목적

o

☐ 사업개요

o 사업기간 :

o 사업지역 : 수도권에서 ( )km 위치, 차/항공/선박으로 ( )시간 소요

- 대상지역 일반현황 :

o 사 업 량 : ※ 사업대상 및 인원수 등 기재

☐ 추진내용 및 방법

o

o

o

☐ 기대효과

o

※ 사업추진에 따른 사회, 시민 등에 미치는 효과를 구체적으로 기재

## □ 소요예산 및 지원신청액

○ 총사업비 :        천원(보조금        자부담        )

- 자부담 내역 : 회비        천원, 기부금 등        천원

○ 비목별 산출내역

(단위 : 천원)

구 분	항 목	소 요 재 원 구 분			산 출 기 초
		계	보 조 금	자 부 담	
계		0	0	0	
활동비	홍보비				예시)현수막 70천원×2개
	진행비				예시)기기임차(10만원)×2대×2일
	약품구입비				예시)의약품(000위 3종)×5만원
	의료소모품				예시)혈압계×2대×10만원

## ※ 유의사항

- 지방보조금 지원목적 달성을 위한 보편타당하고 실행 가능한 적정예산으로 편성 (실제 부담불가능한 자부담 계획을 세우는 등 부풀려 편성하는 사례 금지)
- 도비 보조금은 사업별 최대 1천만원 신청할 수 있으며 자부담은 실제로 집행할 수 있는 금액이어야 함(정산 보고 시 자부담 회계증빙자료 제출)
- 1개 비용항목을 보조금과 자부담으로 일정부분 나누어 편성하는 사례 금지 (1개 비용항목은 보조금 또는 자부담 중 1개 재원으로 편성 원칙)
- 포괄적 예산편성 불가. 즉, 예비비, 잡비 등과 같이 구체적 사용목적이 나타나지 않는 예산 편성불가(각 비목별 구체적 산출근거 제시)
- 단체운영비 등 목적사업과 직접 관련 없는 경비와 자본적 경비, 현금성 경비 편성불가
  - 상근직원 인건비, 사무실 임대료, 사무용 집기구입비, 공과금 등 단체운영 경비
  - 시설비, 시설부대비, 설비비, 수선비, 자산취득비 등 자본적 경비
  - 이웃돕기성금, 진료비, 시상금, 장학금 등 현금성 지출 경비
  - 차량 유지관리비(수리비, 보험료 등)
- 비용항목 구분
  - 홍보비 : 홍보물 제작비, 현수막, 책자 제작 등
  - 인건비 : 강사료, 단순인건비, 회의비 등
  - 진행비 : 장소임차료, 기자재 임차료, 행사진행비 등 기타
  - 활동비 : 교통비, 식비, 사무용품비, 각종 수수료 등

[ 서식 3 ]

# ○○○기관명

주소 및 연락처	주 소	(우 00000)		
	연락처	○ 전화 :	○ 홈페이지 :	
		○ FAX :	○ E-Mail :	
설립목적	○ 우리나라 ○○산업의 ○○○○와 균형 있는 ○○○○을 실현하기 위한 ○○○○을 전개함으로써 ○○○○산업발전에 기여(또는 기틀 마련) 등			
기관연혁	○ '81.11. 8 ○○○ 창립 ○ '88. 6.15 ○○○○ 사단(재단)법인 설립허가			
등록 및 인력현황	등록기관		등록일	
	대 표 자	(공동대표인 경우 모두기재)	사무국 직원 수 : 명	
	회 원 수		(사무국장, 행정부장, ...)	
2019 예산현황	○ 예산총액 : 천원 ※ 재원구성(100%) : 회비수입( %), 기부금 및 모금활동( %) 정부보조( %), 사업수익( %), 기타( %)			
2019 주요사업	○ 주요 추진사업 2~3건 작성 ○ ※ 별지작성 가능 ○			
2020 주요사업 계 획	○ 주요 추진계획 사업 2~3건 작성 ○ ※ 별지작성 가능 ○			



**최근 2년간 해외 의료봉사 실적**

년도	사업명	추진기간	주요내용
			※ 해외 진료, 초청수술, 의약품 기부 등 ※ 실적을 00회, 00건, 00명 등 계량화하여 기술

[ 서식 5 ]

## 2020 경기도 해외환자 초청 무료수술 나눔의료 신청서

신청기관	병원명			대표자		
	소재지			전화번호		
	담당자	직위		휴대전화		
		성명		Email		
	최근 3년 해외 나눔의료 실적		<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>			
예산현황	신청사업명			사업추진 자원 (단위 : 원)		
				계	도비보조금	기타(자부담)
사업계획	추진배경/ 사업목적		<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>			
	수혜대상		• 성명(성별, 연령, 거주지)			
	질환내용		• 질환명(치료기간)			
	추진방법		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 환자 선정절차 및 협력기관</li> <li>• 수혜자 초청과 치료일정</li> <li>• 체류기간 관광활동 계획</li> <li>• 귀국 후 사후 조치(현지 협력기관 활용)</li> </ul>			
	의료관광 홍보 계획		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 현지 홍보물의 종류</li> <li>• 뉴스/다큐멘터리 등 방영 콘셉트</li> <li>• 초청 방송(종류, 기관명, 시청지역/가구 수 및 현지 영향력)</li> </ul>			
	기대효과		<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>			
<b>&lt;참고사항&gt;</b> .						

**[ 서식 6 ]**

# 2020 경기도 해외환자 초청 무료수술 나눔의료 사업계획서

【병원명 : / 대표자 : 】

□ 사업명 :

※ 나눔의료 취지와 의도가 드러나는 명칭 (병원명, 지역명, 질환명 활용 가능)

#### □ 사업목적

O

#### □ 수혜 대상자

○ “별첨자료” 참고

☐ **글로벌 나눔의료 추진계획**

- **외국인 환자 발굴** - 환자 발굴, 선정 위한 해외 공관·NGO 또는 현지 병원 등 협조
  - 대상지역 현황과 선정 이유
  - 신청기관의 현지 의료관광 활동 내용 또는 계획
  - 저소득 환자 발굴 위한 현지 유관기관 협력 내용
- **치료 지원** - 치료 난이도와 예상경과, 치료재원(병원 자부담, 모금행사, NGO 지원)
  - 치료 내용과 예후
  - 국내단체 결연 등 후원활동
  - 의료진 경력 및 동일 질환에 대한 수술 경험
- **홍보계획** - 현지 방송매체 섭외 및 국내외 홍보 전략
  - 현지 매스컴 섭외 방법과 내용 및 현지 영향력(매스컴 규모)
  - 해외 홍보전략 및 방영물 활용

- 사후관리 - 치료 완료 후 사후관리가 필요한 경우 또는 병원 마케팅위한 사례 활용
- 귀국 후 환자관리 / 현지 기관 협력사항 / 방송 모니터링 활용 등
- 

## ☐ 기대효과

- 
- 

## ☐ 소요예산 : 원

(단위 : 원)

항목(내용)	총사업비	세부내역
계	예) 13,560,000	
항공료 (보조금)	예) 2,000,000	예상 항공료 1인당 금액(왕복) × 인원수 예) 500,000×4명=2,000,000원
체재비 (보조금)	예) 1,060,000	체재비 환자 및 보호자 × 체류일수 체재비 방송관계자 2명 × 체류일수 예) 30,000×2명×14일=840,000원 100,000×2명× 5일=1,000,000원
수술비 (병원부담)	예) 10,000,000	수술비 예상금액 × 인원수 예) 10,000,000원×1명=10,000,000원

※ (별지) 지원내용을 참고하여 작성 / 수혜자 출국 후 2주 이내 결과보고와 함께 사업비 정산

※ 수술비는 병원입원 기간과 수술내용을 고려하여 신청기관의 내국인 기준으로 산정하여 주시고, 산정 내역서를 별지로 첨부하여 주시기 바랍니다.

## ☐ 의료비 부담 면제에 관한 약정

- 의료기관명 : \_\_\_\_\_ / 대표자 :
- 위 기관은 나눔의료 중 위 환자에게 제공된 의료 서비스에 관해 환자 또는 보호자에게 일체의 비용을 청구하지 않는 것에 동의함.  
(단, 기금 모금 및 기타 NGO 단체의 후원을 통한 의료비 지원은 제외)

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

[ 서식 7 ]

## 2020 경기도 해외환자 초청 무료수술 나눔의료 수혜자 조서

☐ 의료기관명 :

☐ 무료수술 수혜자 정보

○ 환자 정보

영문 이름 (여권상의 성명)	(한글 발음: )				
국 적		성 별		나 이	
질병명 (간략한 설명 첨부)	예) 심장판막질환-대동맥 판막 이상으로 인한 대동맥 판막 협착증				
주요 치료과	예) 심혈관센터, 가정의학과				
예상 치료 기간	예) 약 3주				
입국일자(예상)	예) 날짜 또는 대강의 일자(5월 둘째 주 등)				

○ 보호자 정보

영문 이름 (여권상의 성명)	(한글 발음: )				
환자와의 관계		성 별		나 이	
국적과 지역					
보호자 특이사항	내용이 있을 경우에만 작성, 예)남동생이 한국에서 일하고 있음.				

○ 환자 사진자료

환자 사진이 입수된 경우에 첨부	
-------------------	--

## ○ 환자 배경 및 사연

### 가정환경, 성장배경, 장래희망, 한국 치료를 지원하게 된 동기 등

예) Liang Sethy는 현재 프놈펜 시에서 약 180Km 떨어진 캄퐁 짬 주의 “오스와이” 라고 하는 아주 작은 마을에 살고 있습니다. 이 마을은 캄퐁 짬 주에서도 매우 작은 마을에 속하며 이 가정은 이 마을에서도 거의 최 빈민층에 속한 가정입니다. 부모는 생존하고 있으나 본인이 농사를 지을 땅조차 없을 정도로 너무 가난하여, 생계를 꾸려가는 것이 너무나 힘든 상태입니다. 부모는 농사를 짓고 있지만 그것도 천척 땅에 소작농으로 근근이 어렵게 살아가고 있습니다. Liang Sethy는 아직 나이가 어려 취학을 하지 못하였고 올해 9월 쯤 학교를 입학할 예정입니다. 이 아이는 자기기 몸이 아파 마음껏 다른 친구들과 놀 수도 없고 뛰어 다닐 수도 없어서 여러 가지로 힘들었는데 한국으로 가서 수술을 받고 다른 아이들과 함께 뛰어 다니면서 놀 수 있다는 생각에 매우 행복해 합니다. 또한 부모 역시 아이기 학교에 입학하더라도 정상적인 수업을 할 수 없을 것을 염려하고 있었는데 수술 소식을 듣고 모든 분들에게 고마워하고 있습니다. 이 아이는 장래 희망이 의사가 되는 것입니다. 만약 자기가 공부를 하여 의사가 되면 자기와 같이 어렵고 아파하는 친구들을 찾아가서 자기가 무료로 수술을 받은 것처럼 이들에게도 자기의 힘을 다해 무료로 병을 고쳐주고 싶다고 합니다.

- \* 환자의 배경 및 사연을 바탕으로 지원 대상자가 선정되므로 가능한 자세히 기입해주시요.  
(환자 생활환경, 자산 보유 현황, 지원이 시급한 사유 기재 필수)

## ○ 질병의 진단 및 의뢰사항

### 현지 의료기관 등 협력기관 요청사항

- 현지 의료기관 진단명 및 협조요청 사항  
(진단기관, 진단일자)

※ 필요한 경우 진단서, 진료의뢰서, 의무기록 사본 등을 사업제안 PT발표 시 설명 자료로 활용

### 신청기관 주치의 소견

- 환자의 수술 필요성
- 동일질환 수술 경험 및 리스크 정도
- 수술 예후

00병원 00전문의 성명 .

## □ 동반초청자(방송관계자) 정보

참여기관	(기관명)				대표자	
	(주소)				홈페이지	
국 가						
참여자	소속		직위		성명	
	TEL		E-mail		생년월일	
	소속		직위		성명	
	TEL		E-mail		생년월일	
(예상)입국일자	예) 3월 둘째 주					
(예상)방영일/횟수	* 의사 또는 치과의사의 경우 빈칸					
기관소개	예) 설립일, 자국내 시청점유율, 해외방송 송출현황(네트워크) 등					

[서식 8]

최근 3년간 외국인 무료수술 및 해외 의료봉사 실적

년도	사업명	추진기간	주요내용
			※ 해외 진료, 초청수술, 의약품 기부 등 ※ 실적을 00회, 00건, 00명 등 계량화하여 기술

## 【서식 9】

# 개인정보 수집·이용·제공 동의서

경기도는 「개인정보보호법」 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제24조제1항제1호 따라 아래와 같이 개인정보의 수집·이용에 관하여 귀하의 동의를 얻고자 합니다.

### 1. 수집 이용에 관한 사항

☐ 수집·이용 목적 : ‘2020년 경기도 나눔의료사업’ 참여기관 신청 관련 정보수집

☐ 수집·이용할 항목

구분	필수항목	
‘2020년 경기도 나눔의료사업’ 참가신청서	신청기관	병원명, 대표자, 소재지, 전화번호
	업무담당자	직위, 성명, 휴대전화, E-mail
	참여연론사	기관명, 대표자, 주소, 홈페이지
	참여인력	소속, 직위, 성명, 회사전화, E-mail, 생년월일, 입국일자
	초청환자 및 보호자	성명(영문), 국적, 성별, 연령, 질병명, 치료과 및 치료기간, 입국일자, 사진 등

☐ 수집방법 : 온라인(메일) 및 우편

☐ 관련근거 : 정보주체의 동의

☐ 보유 및 이용기간 : 3년

○ 위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 보유목적 달성 시 또는 정보주체가 개인정보 삭제를 요청할 경우 지체 없이 파기합니다.

☐ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

○ 위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 본 사업 추진을 위해 필수적이므로 이에 동의하셔야 이후 절차를 진행할 수 있습니다. 선택항목의 수집·이용에 관한 동의는 거부하실 수 있으며, 동의하지 않으시는 경우 본 사업에 참여할 수 없음을 알려드립니다.

☐ 위와 같이 귀하의 개인(신용)정보를 수집·이용하는 것에 동의 하십니까?

< ☐동의함 ☐동의하지 않음 >

### 2. 개인정보 보유기간 경과 후 조치

☐ 개인정보 수집 및 이용목적이 달성한 후에는 해당정보를 지체 없이 파기합니다.

2020년      월      일

성      명      :

서   명   또는   인



## [ 별 지 ]

### 2020 경기도 해외환자 초청 무료수술 나눔의료 사업비 집행기준

1. 집행기준 : 모든 사업비 집행 시 제시 된 비목별 집행 기준에 의거하여 집행 하여야 함
2. 정산기준 : 사업 정산 시 실비정산이 원칙
  - (항 공 료) 왕복 4인 : 환자, 보호자(1인), 방송관계자(2인)
  - (체 재 비) 환자, 보호자의 병원 체류기간과 해외 방송사 인력의 도내 촬영기간 중 한국생활을 지원하기 위한 비용
  - (비용정산) 항공료 및 체재비는 사후 정산하며 관련 증빙(영수증 등)은 정산보고 서류와 함께 제출

구분	지원 항목	세부 항목	내 용	지 원 금 액
환자 및 보호자	항공료	항공료	왕복 항공권	이코노미석 실비 정산
	체재비	식 사	병원식 제외한 일반식 및 간식비	1인 3만원/일, 최대 4주  ※ 체류기간 산정 : 입국~출국일 (항공권 표시일 또는 체류 목적 달성일 중 최소 기간)
		교 통	공항 송영 및 기타 국내 교통비 등 ※ 병원 자체차량 이용 시 제외	
		관 광	도내 관광비용(입장료 등)	
		생활용품	한국생활을 위한 비용 (기저귀, 의류, 신발, 장난감 등)	
		의 약 품	환자 귀국 후 처치를 위한 의료 용품 (처방약, 처치품 등)	
	기 타	통역비, 격려선물 등 ※ 간단한 통역인 경우 협력 시군 다문화센터 활용		
방송 관계자 (2인)	항공료	항공료	왕복 항공권	이코노미석 실비 정산
	체재비	숙박·식사	국내 숙박 및 식비	1인 10만원/일, 최대 1주  ※ 체류기간 산정 : 입국~출국일 (항공권 표시일 또는 체류 목적 달성일 중 최소 기간)
		교 통	공항 송영, 기타 홍보물 제작을 위한 국내 교통비(톨게이트비, 주차비 등) ※ 병원 자체차량 이용 시 제외	
(유의사항) 1. 사증발급 및 연장비용 지원불가 2. 의료기관 부담 : 진료비, 수술비, 입원비 등 진료비용 일체 3. 수혜자 조서의 질환내용과 입국 후 정밀검사 결과가 다를 경우, 지원금 사용여부에 대해 반드시 사전 협의 (경우에 따라 보조금 환수가능)				