

서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 아동 의료지원에 관한 조례 일부개정조례안

의안 번호	24-102
----------	--------

제출년월일 : 2024. 8.

제 출 자 : 서울특별시 마포구청장

1. 제안이유

‘만 나이’로 법적·사회적 기준을 통일하기 위해 ‘만 나이’ 표시원칙을 규정한 ‘만 나이 통일법’이 시행됨에 따라 행정환경과 행정수요의 변화에 능동적으로 대처하고, 그 밖에 현행 사업의 추진사항에 나타난 일부 미비점을 정비하여 효율적인 지원을 도모하고자 함.

2. 주요내용

가. “아동”이란 정의를 ‘만 18세’에서 ‘18세’로 내용 개정(제2조)

나. 종전의 별지/서식 비용청구서 [별지제1호], [별지제2호] 서식이 변경되어
별지/서식을 삭제하고 조항 각 호(1~4)로 명시(제7조, 제9조)

3. 주요 토의과제

없음

4. 참고사항

가. 관계법령 : 「구강보건법」 제3조

나. 예산조치 : 비용추계서 미첨부 사유서 첨부

다. 합 의 : 해당사항 없음

라. 기타사항

- 1) 입법예고 : 2024. 7. 11. ~ 7. 31. (제출된 의견 없음)
- 2) 새마포담당관의 행정규제심사 검토결과 : 원안 동의
- 4) 가족행복지원과의 자치법규 성별영향분석평가 결과 : 원안 동의
- 5) 감사담당관의 자치법규 부패영향자율평가 결과 : 원안 동의
- 6) 제10회 서울특별시 마포구 조례규칙심의회 심의·원안의결(2024. 8. 7.)

서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 아동 의료지원에 관한 조례 일부개정조례안

서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및 아동 의료지원에 관한 조례 일부를 다음과 같이 개정한다.

제2조제3호 각 목 외의 부분 중 “만 18세”를 “18세”로 한다.

제7조 중 “별지 제1호서식의 학생 치과주치의”를 “다음 각 호의 사항을 포함한”으로 하고, 같은 조에 각 호를 다음과 같이 신설한다.

1. 의료기관명, 대표자의 성명 및 주소
2. 지원대상 이름, 성별, 생년월일, 학교명, 연락처, 진료내용
3. 신청하고자 하는 의료지원비
4. 그 밖에 필요한 사항

제9조 중 “의료기관 등”을 “의료기관”으로, “별지 제2호서식의 아동 의료지원”을 “다음 각 호의 사항을 포함한”으로 하고, 같은 조에 각 호를 다음과 같이 신설한다.

1. 의료기관명, 대표자의 성명 및 주소
2. 지원대상 이름, 성별, 생년월일, 시설명, 연락처, 진료내용
3. 신청하고자 하는 의료지원비
4. 그 밖에 필요한 사항

별지/서식 별지 제1호서식 및 제2호서식은 삭제한다

부 칙

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

신 · 구조문대비표

현 행	개 정 안
<p>제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 정의는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. · 2. (생 략)</p> <p>3. “아동”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 <u>만 18세</u> 이하의 사람을 말한다.</p> <p>가. ~ 마. (생 략)</p> <p>4. (생 략)</p> <p>제7조(학생 치과주치의 의료지원비 신청) 학생 치과주치의에 참여한 의료기관이 의료지원비를 신청하고자 할 때는 <u>별지 제1호서식의 학생 치과주치의 비용 청구서를</u> 제출하여야 한다.</p> <p><신 설></p> <p><신 설></p> <p><신 설></p> <p><신 설></p> <p>제9조(아동 의료지원비 신청) 아동 의료지원 사업에 참여한 <u>의료기관</u> 등이 의료비를 신청하고자 할 때는 <u>별지 제2호서식의 아동 의료지</u></p>	<p>제2조(정의) ----- -----.</p> <p>1. · 2. (현행과 같음)</p> <p>3. ----- ----- <u>18세</u> ----- -----.</p> <p>가. ~ 마. (현행과 같음)</p> <p>4. (현행과 같음)</p> <p>제7조(학생 치과주치의 의료지원비 신청) ----- ----- -- <u>다음 각 호의 사항을 포함한</u> -----.</p> <p>1. <u>의료기관명, 대표자의 성명 및 주소</u></p> <p>2. <u>지원대상 이름, 성별, 생년월일, 학교명, 연락처, 진료내용</u></p> <p>3. <u>신청하고자 하는 의료지원비</u></p> <p>4. <u>그 밖에 필요한 사항</u></p> <p>제9조(아동 의료지원비 신청) ----- ----- <u>의료기관</u>----- ----- <u>다음</u> <u>각 호의 사항을 포함한</u> -----</p>

원 비용 청구서를 제출하여야 한다.

<신 설>

<신 설>

<신 설>

<신 설>

별지/서식 [별지제1호서식]

별지/서식 [별지제2호서식]

-----.

1. 의료기관명, 대표자의 성명 및 주소

2. 지원대상 이름, 성별, 생년월일, 시설명, 연락처, 진료내용

3. 신청하고자 하는 의료지원비

4. 그 밖에 필요한 사항

<삭 제>

<삭 제>

서울특별시 마포구 학생 치과주치의 및
아동 의료지원에 관한 조례 일부개정조례안
비용추계서 미첨부 사유서

1. 비용발생 요인 및 관련 조문

비용발생 요인 및 관련 조문 없음

2. 미첨부 근거 규정

「서울특별시 마포구 자치법규의 입법에 관한 조례」 제12조제1항에
해당하지 않음.

3. 미첨부 사유

비용추계 대상 아님

4. 작성자 : 보건소 의약과 장영은 (☎ 3153-9171)