



Web Contents



2026년 03월 17일 03시 12분

남자 냉동 시술비 지원 안내

☑ 지원대상

- 신청일 기준, 계속하여 6개월 이상 도내 주소를 두고 난소기능검사(AMH) 1.5 이하 인 30~40세 여성(결혼여부 무관)
- * 단, 난소기능 저하로 조기폐경 가능성(AMH 결과 1.0 미만) 있는 20대 여성도 신청 가능

☑ 지원내용

- 남자채취 시술비 및 남자 등결 비용을 포함한 시술비 1회 한정 지원
- '24.1.1.이후 보건복지부 지정 배아생성 의료기관에서 받은 시술 의료기관 확인하기
- 지원금액: 시술비용의 50%, 최대 200만원
- ※ 지원금 신청일 기준 선택순, 예산소진 시까지

☑ 지원절차

지원 신청
주소지 보건소
방문 신청

신청자→보건소 방문 또는
전남아이톡에서 신청
다음
지원결정 통지서 발급
신청자격 확인
및 결과 통보

보건소→신청자
(직접 교부 또는 전남아이톡 업로드)
다음
지원결정 통지서 제출
통지서 확인 후
시술실시

신청자→의료기관
다음
비용 청구
진료비 영수증 등
발급

신청자→보건소 방문 또는
전남아이톡에 청구
다음
비용 지급
청구서류 확인 후
시술비 지급

보건소→신청자
※ 시술기간(지원결정통지서 유효기간): 지원결정통지서 발급일로부터 3개월
청구기한: 시술 종료일로부터 1개월 이내

☑ 신청방법

- (방문) 목포시보건소 모자보건실
- (온라인) 전남아이톡

☑ 제출서류

 신청서류

1. 신분증

2. 주민등록등본(최근 30일 이내)

3. 난소기능검사(AMH) 결과 보고서

4. 건강보험료 납부확인서, 건강보험 자격확인서 각 1부

5. 의사소견서

 **청구서류**

1. 진료(시술) 확인서

2. 신분증, 통장

3. 진료비 영수증, 진료비세부내역서

4. 통장사본

MokPo - Si
Web Contents

