



## 충남 소상공인 사회보험료 지원 체크리스트(확인용)

- 충남 소상공인 사회보험료 지원사업은 최저임금 인상에 따른 사업주의 경영부담 완화를 위해 충청남도에서 사회보험료 사업주 부담분을 지원하는 사업입니다.
- 본 지원금은 아래 요건을 모두 충족하여야 지급됨을 알려 드립니다.

### 사업장 요건

1. 지원 신청을 한 월부터 매월 말일 기준 근로자수가 10인 미만입니다.
2. 10인 미만 요건 충족을 위해 인위적 감원이나 사업장을 분할하지 않았습니다.
3. 임금체불 중 또는 임금체불로 명단 공개 중이 아닙니다.
4. 국가 및 공공기관(정부 또는 지자체 출자출연기관 포함)에 해당하지 않습니다.
5. 두루누리 지원을 제외한 다른 사회보험료 지원을 받고 있지 않습니다.
6. 국가나 지자체로부터 최저임금 인상에 따라 추진되는 다른 지원사업으로 재정지원을 받고 있지 않습니다. (일자리 안정자금 지원 제외)
7. 근로자의 신규 입사 및 퇴사의 경우 각 사회보험별 자격 취득 및 상실 신고와 보수 변경 시 보수월액변경신고 등을 준수하고 있습니다.
8. 근로자의 입·퇴사, 육아휴직 여부, 사업장 타지역이동, 사업장 양도 등의 사유가 발생한 경우 '변경 신청서'를 제출하며 위 과정이 누락된 경우, 대표자 책임으로 지원금이 지급되지 않을 수 있음을 확인하였습니다.
9. 부적격자에게 지원금이 지급되거나 잘못 지급된 경우 환수, 가입제한

### 근로자 요건(반드시 개인별로 판단하여야 합니다.)

1. 신청 근로자는 월평균 보수액이 270만원 미만이며 정부 두루누리 지원을 받고 있습니다.
2. 지원 신청대상 근로자는 모두 1개월 이상 고용을 유지하고 있습니다.
3. 지원 신청대상 근로자는 사업주, 사업주의 배우자 또는 사업주의 직계존비속이 아닙니다.(단, 직계존비속 등이 두루누리 지원을 받고 있을 경우 가능)
4. 사회보험 가입대상인 근로자는 사회보험(국민·고용)에 가입되어 있습니다.
5. 기존 근로자는 최소한 전년도 보수 수준을 유지하고 있습니다.

위 내용을 충분히 이해하였으며, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청을 하여 지원금을 수령할 시 지원금(이자 포함) 환수와 더불어 필요 시 민·형사상 책임을 질 수 있음에 동의합니다.

2026년 4월 일

신청인(사업주): (서명 또는 인)

공동신청인(공동사업주): (서명 또는 인)

( ) 시장·군수 귀하

서식3)

## 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(근로자용)

### □ 개인 정보 수집·이용 내역

항 목	수 집 목 적	보 유 기 간
성명, 생년월일, 월 보수액, 보수총액, 개인별 국민연금고용보험료 산출부과고자납부내역 및 사회보험료 정부지원 내역, 사업장 관리번호	충청남도 국민연금고용보험 신청(지원) 사업장의 지원 적합여부 및 지원금액 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

위와 같이 개인 및 사업장 정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의  미동의

### □ 개인 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
충청남도 (사군 포함)	국민연금공단 근로복지공단	성명, 생년월일 사업장관리번호	신청 사업장의 근로자 개인별 보험료 및 사회보험료 지원금 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

위와 같이 충청남도(시군)가 개인 정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

동의  미동의

### □ 개인 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
국민연금공단	충청남도 (사군 포함)	충청남도가 제공한 사업장 근로자의 개인별 사회보험료 산출부과납부내역 및 사회보험료 지원내역(납부내역 제외)	충청남도 사회보험료 신청(지원)사업장의 사회보험료 사업주 부담금 확인에 활용	해당 사업장의 충청남도 사회보험료 지원 종료 시까지
근로복지공단		충청남도가 제공한 사업장 근로자의 개인별 사회보험료 산출부과사회보험료 지원내역		

위와 같이 국민연금공단·근로복지공단이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 모두 동의하십니까?

동의  미동의

※ 위 항목들의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

2026년 4월 일

사업장명  성명  (서명 또는 인)

충청남도(  시·군) 및 국민연금공단·근로복지공단 귀중

서식4)

# 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청을 위한 개인 및 사업장 정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(사업장용)

## □ 개인 및 사업장 정보 수집·이용 내역

항 목	수 집 목 적	보 유 기 간
사업주 성명 사업장명, 사업주 연락처, 사업자등록번호 (법인등록번호), 사업장 관리번호, 국민연금고용보험료 가입내역납부 및 체납내역, 사회보험금 정부지원 내역	충청남도 국민연금고용보험 신청(지원) 사업장의 지원 적합여부 및 지원금액 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금고용보험 지원 종료 시까지

위와 같이 개인 및 사업장 정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의  미동의

## □ 개인 및 사업장 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
충청남도 (시군 포함)	국민연금공단 근로복지공단	사업장명, 사업주 성명, 사업자(법인)등록번호, 사업장 관리번호	지원신청 사업장의 근로자 개인별 보험료 및 사회보험료 지원금 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

위와 같이 충청남도(시군)가 개인 정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

동의  미동의

## □ 개인 및 사업장 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
국민연금공단 근로복지공단	충청남도 (시군 포함)	충청남도가 제공한 사업장의 사업주 사회보험료 산출 및 부과납부내역과 사회보험료 지원내역 및 체납내역	충청남도 사회보험료 신청(지원) 사업장의 사회보험료 사업주 부담금 확인에 활용	해당 사업장의 충청남도 사회보험료 지원 종료 시까지

위와 같이 국민연금공단·근로복지공단이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 모두 동의하십니까?

동의  미동의

## □ 중소기업 지원사업 통합관리시스템의 기업정보 수집·조회 및 활용

수집조회 및 활용 기관	항 목	수 집 목 적	보 유 기 간
충청남도(시군 포함), 중소기업 통합관리시스템 운영기관	(지원이력정보) 기업 식별번호 및 사업 수혜정보 (과세정보 및 행정정보 등) 매출액 등의 재무정보 및 소득세 원천 징수 인원 등 수출액파보험자수 등 (인증정보) 신청일, 획득일, 유효기간 등	중소기업 지원사업 통합관리시스템에서 신청·지원기업 지원 이력 정보의 수집·조회 및 활용	사업 신청 이전 3개년부터 참여 이후 5년간 보유

위 목적으로 동의서에 적시된 정보 및 기관에 한해 본인의 기업정보를 수집·조회 및 활용하는 것에 동의하십니까?

동의  미동의

※ 위 항목들의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

2026년 4월 일

사업장명 \_\_\_\_\_ 성 명 \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)  
충청남도( \_\_\_\_\_ 시·군) 및 국민연금공단·근로복지공단 귀중

충남 소상공인 사회보험료 지원을 이전에  
신청하셨던 경우 변경란에 체크  
 (신규·퇴사자가 있을 때만 작성)

※ 두루누리 지원을 받은  
 근로자에 대해서만 신청 가능

예시)

## 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청서 신규 변경

접수번호		접수일	
사 업 장	사업장 명칭	충남도청	사업자등록번호 305-83-00010
	국민연금 사업장관리번호	30583000100	고용보험 사업장관리번호 30583000100
	※ 사업장관리번호 미기재로 지원금을 지급 받지 못한 경우, 사업주 본인 책임		
	소재지	( 32255 ) 충청남도 홍성군 홍북읍 충남대로 21	
	사업주 (대표자)	성 명	홍길동
주 소		충청남도 홍성군 홍북읍 충남대로 21	
휴대전화		010-1111-2222	

### 지원 신청 근로자

연번	지원금 신청월 (2026년)	성 명	생년월일 (8자리)	사회보험 가입 여부		변경신청시	
				국민연금	고용보험	퇴사자 체크	육아 휴직
1	1분기 (1~3월)	이순신	19650101	0	0		
2		유관순	19701112	0	0		
3		김좌진	20001220	0	0		
4							
5							
6							
7							
8							
9							

### 신청인 제출서류

- 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청서(체크리스트 포함) 1부.
- 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 각 1부(사업장용·근로자용)
- 사업자등록증명
- 사업장 국민연금보험료·고용보험료 납부확인서(선택사항)  
 ※ 미제출 신청 가능하나, 국민·고용보험 사업장관리번호 오기 시 지급 불가(본인귀책사항)
- 입금계좌 확인정보(통장사본)

### 금융정보(입금계좌 확인정보) 제공 동의서

본인은 금융기관이 금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령 제8조1항에 따라 입금계좌 확인 정보(입금이 가능한 계좌인지 여부)를 이용기관에 업무처리 완료시까지 제공하는 것에 동의합니다.

(은행명: **농협은행** 계좌번호: **111-01-123456** 예금주: **홍길동**)

(필수) 지원대상자 중 사업주(대표자), 두루누리 지원을 받지 않은 사업주(대표자)의 배우자·직계존비속이 없음을 확인하며, 신청내용에 허위나 거짓이 있을 경우나 부적격자에게 지원금이 지급되거나 잘못 지급된 경우, 지원대상자가 정부 및 지자체 등의 다른 보험료 지원과 중복 수령 시 지원금 전액을 환수하고, 민·형사상 책임을 지는 것에 동의합니다. ※ 동의하지 않는 경우 지원금 미지급 (동의  부동의 )

2026년 4월 일

공동사업주가 있을 경우 작성

신청인(사업주) **홍길동** (서명 또는 인)

대리인이 신청할 경우 작성

공동신청인(공동사업주) **홍판서** (서명 또는 인)

대리인 **한용운** (서명 또는 인)

( ) 시장·군수 귀하