

2025년 부천시 「경기 가사지원서비스」 추가 신청안내

임산부·맞벌이·다자녀 가정의 가사 노동 부담을 경감하고 일·생활 균형 지원으로 저출생 극복을 위한 부천시 「경기 가사지원서비스」를 아래와 같이 지원합니다.

2025. 9. 10.

부천시 일·쉼지원센터장

1. 사업개요

- 신청대상 : 부천시 **거주 중위소득 150% 이하 중** 임산부·맞벌이·다자녀 가정

- (임산부) 임신 ~ 출산 후 1년 이내 가구
- (맞벌이) 부부 모두 주 20시간 이상 근로하고 있는 가구
- (다자녀) 공고일 기준 미성년 자녀(18세 이하)가 2명 이상인 가구

- 신청인원 : **34가구**

※ 자격 미달 발생 시 후순위 지원으로 신청 인원은 초과 하여 접수 받을 예정

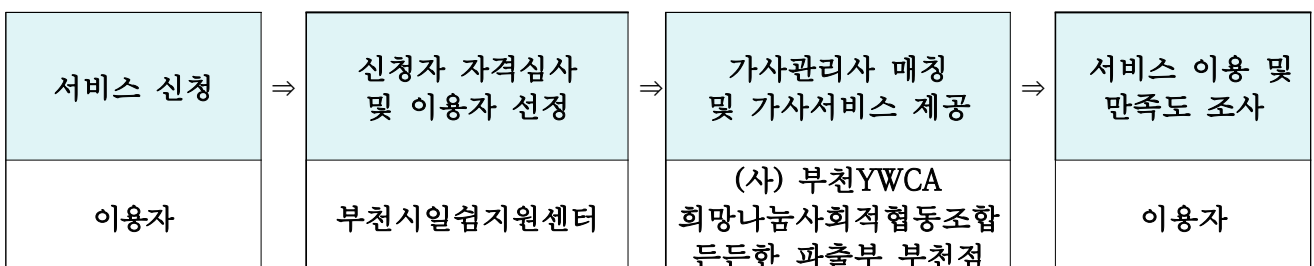
- 지원내용 : 가정방문을 통한 가사서비스 지원

- 지원사항 : 거주공간(방, 거실, 주방, 화장실 등) 청소, 설거지, 쓰레기 배출, 세탁 등 ※제외사항 : 취사, 아이돌봄, 반려동물관련, 입주청소

- 지원횟수 : 1가구당 최대 10회 (회당 4시간)

- 이용요금 : 본인부담금 무료

- 서비스 지원절차



2. 신청안내

○ 추가모집기간 : 2025. 9. 10. ~ 9. 16. (34가구)

※ 자격 미달 발생 시 후순위 지원으로 신청 인원은 초과 하여 접수 받을 예정

○ 신청방법 : 신청서 및 증빙서류 제출

- 홈페이지(www.bcilshim.or.kr) 공고문 확인
- 홈페이지 공고 문 내 신청 링크 제출
- 센터 내방 제출(10시-18시)
- 메일 제출 (ilshimcenter@naver.com)

※ 메일제목 “경기 가사지원서비스(본인이름)” 으로 신청

- 팩스접수 (팩스번호: 032-323-1204)

※ 증빙서류 미제출 또는 부적정 제출 서류에 대한 책임은 신청자에게 있음.

○ 결과안내 : 자격확인 후 개별문자 안내 예정

※ 문의 : 부천시일심지원센터 ☎ 070-4188-0031

3. 기타 유의사항

○ 부적격 또는 서비스 중단 대상

- 신청 자격에 해당되지 않는 경우
- 증빙서류를 제출하지 않거나 증빙서류를 잘못 제출한 경우
- 신청 정보를 허위로 제출하거나 속여서 제출한 경우
- 부천시에 거주하지 않는 경우 (타 시도로 전출가는 경우)
- 유사서비스를 기 수혜 받은 경우

(예시: 2025년 워킹맘가사지원서비스 등)

- 서비스 영역이 아닌 것을 요구하는 등 서비스 제공에 어려움이 있는 경우

붙임 1. 경기 가사서비스 지원기준

2. 지원신청 제출 서류

3. 신청 서식 끝.

붙임1**경기 가사서비스 지원기준**

□ 가사서비스 소득 기준 (2025년 기준)

○ 가구원수별 소득 기준

소득기준 (중위소득)	가구원수별 소득기준 금액(월평균 소득)				
	2인	3인	4인	5인	6인
150% 이하	5,899,000원	7,539,000원	9,147,000원	10,663,000원	12,098,000원

○ 가사서비스 소득기준 (2025년기준) : 기준중위소득 150%이하

(단위:원)

가구원수	소득기준	노인장기요양 보험료 포함여부	건강보험료 본인부담금		
			직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,899,000	미포함	210,208	143,648	213,002
		포함	237,430	162,250	240,586
3인	7,539,000	미포함	271,459	221,206	277,028
		포함	306,613	249,852	312,903
4인	9,147,000	미포함	330,765	292,298	342,861
		포함	373,599	330,151	387,261
5인	10,663,000	미포함	386,684	357,963	407,092
		포함	436,760	404,319	459,810
6인	12,098,000	미포함	431,294	411,250	461,699
		포함	487,147	464,507	521,489
7인	13,483,000	미포함	506,004	496,008	552,230
		포함	571,532	560,241	623,744
8인	14,869,000	미포함	552,230	545,970	599,810
		포함	623,744	616,673	677,485
9인	16,254,000	미포함	599,810	591,277	673,463
		포함	677,485	667,847	760,676
10인	17,639,000	미포함	673,463	654,281	792,926
		포함	760,676	739,010	895,610

붙임2

지원신청 제출 서류

■ 자격별 구비서류(안)(모든 증빙서류는 최근 3개월 이내 발급분 인정 원칙)

구분		구 비 서 류	비 고 (발급처 예시)
공 통		① (필수) 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부	
		② (필수) 주민등록등본 1부 - 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구 구성원(자녀나이) 확인용	정부24 등
		③ (필수) 건강·장기요양보험료 납부확인서 - 주민등록세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서(중위소득 150% 확인용) - 피부양자의 경우 자격득실 확인서 제출	국민건강보험 공단 홈페이지
		④ (해당시) 부, 모 세대 분리된 경우 - 가족관계증명서	전자가족관계 등록시스템
임 산 부	임신부	① (필수) 임신사실 확인서 ※ 3개월 이내 발급 예외 - 병원명, 요양기관번호, 의사명, 의사면허번호, 분만예정일 등 기재	의료기관
	출산 후 1년 이내	· 공통자료로 확인 - 자녀 생년월일로 출산 후 1년 미만 여부 확인	-
다자녀 (2자녀 이상)		· 공통자료로 확인 - 미성년자녀(18세이하) 2명이상 여부 확인	-
맞벌이 가정 (취업 증빙)	임금 근로자 (부부 모두 직장건강보험 가입자)	· 공통자료로 확인(취업여부 별도 증빙 불필요) ※ 육아휴직자 제외 - 부부 ‘건강보험료 납부확인서’ 소득기준으로 확인 같음	-
	임금근로자 (직장건강보험 미가입자)	① (필수) 근로활동 및 소득신고서(서식 3 참조) ② (필수) 아래 서류 중 1종 제출	-
		1) 국민연금 가입자 가입증명서	국민연금공단 홈페이지 등
		2) 재직증명서, 근로계약서, 위촉(탁) 계약서, 급여명세서, 고용(근로) 확인서 중 1부	해당 재직기관
		3) 소득세 납세사실증명서 또는 근로소득원천징수영수증	관할세무서, 홈택스
		4) 소득금액증명원	관할세무서, 홈택스 등
	자영업자	① (필수) 근로활동 및 소득신고서(서식 3 참조) ② (필수) 사업자등록증명원 (세무서, 홈택스) ③ (필수) 아래 서류 중 1종 제출	-
		1) 소득금액증명원 또는 부가가치세과세 표준증명원	관할세무서, 홈택스 등
		2) 부가가치세신고서	관할세무서, 홈택스 등
	기타	① (필수) 근로활동 및 소득신고서(서식 3 참조) ② (필수) 소득 증빙자료 - 고용임금확인서, 통장사본(3개월분) 등	재직기관 (고용임금 확인서) 등

■ 자격확인

○ 부천시 거주여부 확인 (주민등록등본으로 확인)

- 신청일 현재 부천시 거주 여부 확인

○ 소득기준 산정원칙

- 가구 구성원의 건강보험료 납부확인서의 건강보험료 본인부담금 납부액 (노인장기요양보험료 제외)을 기준으로 월평균 가구소득 금액을 산정
- ☞ 건강보험료 납부내역서는 최근 3개월 평균으로 산정하며, 보험료가 일정하지 않은 경우 12개월 평균하여 산정
- 부부가 주민등록 세대를 분리하고 있는 경우, 법률적으로 이혼하지 않았으면 동일 가구에 포함하고 부부소득을 합산
- ☞ 주민등록등본상에 “부”와 “자” 2인으로 구성되어 있으나, 가족관계증명서상 “모”가 세대구성을 달리하고 있는 경우 3인가족으로 산정
- 실제 소득활동을 하고 있으나 건강보험 피부양자로 등록된 경우에는 그 소득 활동자의 소득을 별도 확인 (소득 증빙서류 필요)
- ☞ 맞벌이 가구 중, 건강보험 피부양자로서 급여명세서 등 객관적 자료가 없어 통장사본으로 소득을 확인하는 경우에는 최근 3개월간 금액을 평균하여 산정 (실제 소득이 있는 달 기준)하고 근로활동 및 소득신고서를 첨부하여 증빙
- 휴직 상태는 맞벌이 가구에 해당되지 않음
- 매월 건강보험료가 변경되는 경우(예: 군인)는 신청 월 직전 1년간 납부한 건강보험료를 평균하여 산정(건강보험료 납부 확인서 확인)
- 지역건강보험에 부양자로 등록된 자가 건강보험 미가입 사업장에 취업한 경우에는 지역건강보험 납부 금액을 그대로 적용
- 신청일 기준 현재 임신 중인 경우 임신부를 2인으로 산정하여 소득기준 확인

○ 가구의 범위와 소득합산 대상자 범위

- 주민등록등본상 가구원 반영이 원칙
- 가구의 범위는 세대별 주민등록표에 기재된 자로서 생계와 주거를 같이 하는 자녀의 2촌 이내의 혈족, 직계 존비속 및 배우자
- ※ 2촌 : 자녀, 부모, (외)조부모, 형제자매
- 소득 합산 대상자의 범위는 자녀를 포함하여 세대별 주민등록표에 기재된 자로서 생계와 주거를 같이 하는 자녀의 2촌 이내의 혈족, 직계 존비속 및 배우자

☞ 부 또는 모가 자녀와 주민등록상 거주지가 다르고 생계와 주거를 같이하지 않는 경우에도 소득합산하고, 가구원 수에 포함

☞ 부부가 법률적으로 이혼한 경우에는 자녀의 기본증명서상의 친권자이거나 실거주를 함께 하는 부 또는 모의 소득만을 산정하고 가구원 수에 포함

※예시)(타 주소지) 아빠, (같은 주소지) 엄마, 자녀 2명→ 4인가구

(타 주소지) 부모, (같은 주소지) 자녀 2명, 조부모 2명→ 6인가구

(타 주소지) 아빠, 자녀 1명, (같은 주소지) 엄마, 자녀 1명, 조부모 1명→ 5인가구

- 소득 조사대상 : 소득있는 모든 가구 구성원

[사례1] 주민등록상 세대를 같이하는 자녀의 직계존속이 세대를 달리하는 형제·자매의 건강보험증에 피부양자로 등재된 경우

☞ 가구원의 범위는 2촌 이내의 혈족, 직계 존비속 및 배우자에 한하므로 형제 자매의 건강보험료는 합산하지 않음

[사례2] 사업자등록은 “부”로 되어 있으나, 부부가 함께 자영업을 하고 있고, 지역 건강보험에 “부”는 부양자, “모”는 피부양자로 가입된 경우

☞ “부”의 사업자 등록증을 제출받아 부부가 함께 자영업을 하고 있음을 확인하여 맞벌이가 인정이 되면, 지역건강보험료를 기준으로 소득기준 산정

[사례3] “부”는 직장건강보험, “모”는 지역건강보험에 가입한 경우로써, “모”가 자영업을 하거나 건강보험 미적용 사업장에 취업한 경우

☞ “모”로부터 자영업 관련 취업증빙 서류를 제출받아 취업 여부를 확인하고, 소득은 각각의 건강보험료를 소득으로 환산한 후 산정

[사례4] 자녀의 부모가 생계와 주거를 같이하는 “조부모”의 건강보험 피부양자로 등록되어 있는 경우

☞ 조부모의 건강보험료도 소득산정에 포함

[사례5] “부”와 “모”가 직장건강보험에 각각 가입되어 있고, 생계와 주거를 같이하는 “조부모”는 지역건강보험에 별도 가입된 경우

☞ “부”, “모”, “조부모”의 건강보험료를 합산하여 산정

■ 자격별 구비서류 및 세부사항

임산부 가구 자격요건과 구비서류

부천시 거주 기준 중위소득 150% 이하, 신청일 기준 임신부 또는 출산 후 1년 미만인 경우 신청자격이 됩니다.

* 모든 증빙서류는 3개월 내 발급 분에 한해 인정됩니다.

① 임신부의 경우

- (필수) 가사지원서비스 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부
- (필수) 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구구성원 확인용 주민등록등본
- (필수) 주민등록 세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서
(가구 구성원 중 소득 있는 자는 모두 제출, 휴직 중인 경우에도 제출 요망)
※ 육아휴직 중 건강보험료 감액되지 않는 경우 별도 육아휴직증명서 제출 요망
- (필수) 임신사실 확인서(병원 진단서) ※ 3개월 내 발급 예외
- (해당시) (자녀기준) 부, 모 세대 분리되어 있는 경우 가족관계증명서

② 출산 후 1년 이내인 경우

- (필수) 가사지원서비스 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부
- (필수) 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구구성원(자녀나이) 확인용 주민등록등본
- (필수) 주민등록 세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서
(가구 구성원 중 소득 있는 자는 모두 제출, 휴직 중인 경우에도 제출 요망)
※ 육아휴직 중 건강보험료 감액되지 않는 경우 별도 육아휴직증명서 제출 요망
- (해당시) (자녀기준) 부, 모 세대 분리되어 있는 경우 가족관계증명서

다자녀 가구 자격요건과 구비서류

부천시 거주 기준 중위소득 150% 이하, 모집시작일 기준('25.7.10.) 미성년 자녀 (18세 이하)가 2명 이상인 경우 신청 자격이 됩니다.

* 모든 증빙서류는 3개월 내 발급 분에 한해 인정됩니다.

① 다자녀의 경우

- (필수) 가사지원서비스 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부
- (필수) 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구구성원(자녀나이) 확인용 주민등록등본
- (필수) 주민등록 세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서
(가구 구성원 중 소득 있는 자는 모두 제출, 휴직 중인 경우에도 제출 요망)
※ 육아휴직 중 건강보험료 감액되지 않는 경우 별도 육아휴직증명서 제출 요망
- (해당시) (자녀기준) 부, 모 세대 분리되어 있는 경우 가족관계증명서

맞벌이 가구 자격요건과 구비서류

부천시 거주 기준 중위소득 150% 이하, 부부 모두 주 20시간 이상 근로하고 있는 경우 신청 자격이 됩니다.

* 모든 증빙서류는 3개월 내 발급 분에 한해 인정됩니다.

① 부부 모두 직장가입자인 경우

- (필수) 가사지원서비스 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부
- (필수) 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구구성원 확인용 주민등록등본
- (필수) 주민등록 세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서
(가구 구성원 중 소득 있는 자는 모두 제출)
- (해당시) (자녀기준) 부, 모 세대 분리되어 있는 경우 가족관계증명서

② 부부 모두 직장가입자가 아닌 경우

- (필수) 가사지원서비스 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부
- (필수) 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구구성원 확인용 주민등록등본
- (필수) 주민등록 세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서
(가구 구성원 중 소득 있는 자는 모두 제출)
- (필수) 근로활동 및 소득신고서(서식 참조, 부부 모두 제출)
- (필수) **근로 유형별 제출서류**

(상시근로자의 경우) 아래 서류 중 1종 제출

- 국민연금가입자 가입증명서 1부.
- 재직증명서, 근로계약서, 위촉탁계약서, 급여명세서, 고용임금확인서 중 1부.
- 소득세 납세사실증명서 또는 근로소득원천징수영수증
- 소득금액증명원

(자영업자의 경우) 사업자등록증명원과 아래 서류 중 1종 제출

- 소득금액증명원 또는 부가가치세과세표준증명원
- 부가가치세신고서

(기타의 경우) 아래 서류 중 1종 제출

- 소득 증빙자료(고용임금확인서, 통장사본(3개월분) 등)
- (해당시) (자녀기준) 부, 모 세대 분리되어 있는 경우 가족관계증명서
- (해당시) 이용요금 무료 대상자 확인용 수급자 증명서, 차상위계층 확인서

③ 직장가입자/지역가입자 등 혼합인 경우

- (필수) 가사지원서비스 신청서 및 개인정보제공동의서 각 1부
- (필수) 신청일 현재 부천시 거주 여부 및 가구구성원 확인용 주민등록등본
- (필수) 주민등록 세대 구성원의 건강·장기요양보험료 납부확인서
(가구 구성원 중 소득 있는 자는 모두 제출)
- (필수) 근로활동 및 소득신고서(서식 참조, 직장가입자 아닌 경우만 제출)
- 직장가입자의 경우 건강보험료 납부확인서 외 별도 추가서류 제출 없음
- (필수) 직장가입자 아닌 경우 **근로유형별 제출서류** 제출 필요
 - 상시근로자, 자영업자, 기타 근로유형별 제출서류 참조
- (해당시) (자녀기준) 부, 모 세대 분리되어 있는 경우 가족관계증명서

붙임3 신청 서식

- ☐ 서식 1 경기 가사지원서비스 신청서
- ☐ 서식 2 개인정보제공동의서
- ☐ 서식 3 근로활동 및 소득신고서
- ☐ 서식 4 고용·임금확인서

□ 서식 1 부천시 「경기 가사지원서비스」 신청서

2025년 부천시 「경기 가사지원서비스 사업」 신청서

- 볼펜으로 체크하거나, □에 ✓표 해주세요.
- 아래 칸에 사실대로 충실히 작성해 주시기 바라며, 공란이 있을 경우 대상자 적합여부 판단이 어려워 선정이 순번이 뒤로 미뤄질 수 있습니다. (해당사항 없을시 ‘없음’ 작성)
- 문의 : 부천시일شم지원센터 ☎ 070-4188-0031
- 접수 : ① 홈페이지(www.bcilshim.or.kr) 신청링크 제출
 ② 운영시간 내 방문접수 (10시~18시)*점심시간(12:00~13:00) 제외
 ③ 메일접수(ilshimcenter@naver.com)* 메일제목 “경기가사지원서비스(본인이름)” 으로 신청
 ④ 팩스접수(팩스번호: 032-323-1204)
- 이용계약 : 대상자 선정 후 가사서비스 개시 시 이용 약정서 서명제출

1. 신청정보

신청자	성명			생년월일		
	연락처 (휴대전화)			이메일		
	주소					
배우자 ※해당자 작성	성명		생년월일		연락처 (휴대전화)	
	주소					
신청 정보	지원대상 유형	☐ 임신부 ☐ 맞벌이 ☐ 다자녀				
	임산부	☐ 임신중 • 분만예정일 :			☐ 출산 • 자녀출생일 :	
	맞벌이	☐ 모두 직장건강보험 가입자 ☐ 모두 직장건강보험 미가입자 ☐ 직장가입자/지역가입자 혼합				
	다자녀 (18세미만)	☐ 18세 미만 자녀 2명 이상 • 자녀현황 : 명 * 자녀정보에 자녀 생년월일 기재(3명까지)			• 자녀정보(1) : • 자녀정보(2) : • 자녀정보(3) :	
	소득현황	☐ 2025년 중위소득 150% 이하 ☐ 2025년 중위소득 150% 초과				
	부모세대 분리여부	☐ 해당없음 ☐ 해당				
유사사업 중복 지원여부	☐ 중복신청 아님 ☐ 2025년 타 가사서비스 유사사업 지원받음 * 정부, 경기도, 시군의 유사 가사지원서비스 수혜자는 중복지원 불가 (중복지원 확인 시, 본 사업의 지원 예산이 환수 조치됨을 알려드립니다)					

2. 서비스 참고 내용

서비스 이용주기	☐ 월 4회 (주 1회)		
서비스 희망시간	☐ 오전 ☐ 오후	주거형태	☐ 단독 ☐ 아파트 ☐ 빌라 ☐ 기타: _____ - 전용면적 _____㎡ (평)
영유아자녀 (7세 이하) 및 부양가족	☐ 있음 (연령: _____, 명수: _____) ☐ 없음	CCTV 및 홈캠 등 영상기기	☐ 있음 ☐ 없음
무료주차여부	☐ 가능 ☐ 불가능	주차방법	☐ 집 앞 주차 ☐ 지하주차장 ☐ 노상/공영주차(요금)
반려동물 유무	☐ 없음 ☐ 고양이(____마리) ☐ 강아지(____마리, 소형/중형/대형) ☐ 기타(종류: ____, 마리 수: ____) * 강아지 크기에도 동그라미 해주세요 * 예) 새, 햄스터, 기니피그 등 * 가사관리사 방문 시, 반려동물 안전장치여부 (☐ 케이지 ☐ 입마개 ☐ 방 분리 ☐ 기타:_____)		
	청소도구 및 세제 제공 동의 여부	☐ 동의 ☐ 비동의 ※ 비동의 시 서비스이용 관련 일부 제한이 있을 수 있습니다.	부재 시 현관비밀번호 제공 동의 여부
기타참고 사항			

1. 위 기재사실 및 제출서류에 허위가 있을 경우 신청이 취소됩니다. ☐

2. 제출한 서류는 선정 여부와 관계없이 일체 반환되지 않습니다. ☐

3. 사업시작 전 서비스 이용약관정서를 작성함에 동의합니다. ☐

4. 사업완료 후 이용자 만족도조사에 참여함에 동의합니다. ☐

5. 상기 내용을 확인하였으며, 내용에 동의합니다. ☐

위와 같이 2025년 부천시「경기 가사지원서비스 사업」을 신청합니다.

신청일 : 2025. . .

신청자 : (인/서명)

※ 신청자 본인이 반드시 서명 또는 도장 날인

부천시 일·쉼지원센터장귀하

□ 서식 2 개인정보제공동의서(안)

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

부천시일심지원센터는 고객의 개인정보보호를 위해 「개인정보 보호법」 등 관련 법률 및 법령상의 제반규정을 준수하여 고객의 권익보호에 최선을 다하겠습니다.

◆ 개인정보의 수집·이용 목적 ◆

- 본인확인, 가사지원서비스사업 대상자 선정 및 이용안내, 서비스 제공

◆ 수집하려는 개인정보의 항목 ◆

- 수집항목(필수) : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 가구특성, 가족현황, 소득현황
- 수집항목(고유식별정보) : 주민등록번호
- 기 타 : 추후 사업 진행시 추가적으로 세부 개인정보를 요청할 수 있습니다.
※ 배우자 정보 포함

◆ 개인정보의 보유 및 이용 기간 ◆

- 사업 운영 기간 및 종료 이후 중복지급 및 분쟁 발생 시 증빙목적에 필요한 기간 동안 보존될 수 있습니다. (사업종료 후 3년)

◆ 개인정보 3자 제공 내역 ◆

- 경기도, 부천시, 부천시여성회관, 가사서비스제공기관
- 가사지원서비스 사업 추진 관련 수집 개인정보 제공

◆ 기타 ◆

- 개인정보 제공을 거부하실 수 있으며, 거부할 경우 사업을 진행할 수 있는 최소 정보 미비로 서비스 신청이 불가함을 양해바랍니다.

<정보별 수집 및 이용 동의란>

위 수집항목(필수)	동의함()	동의하지 않음()
위 수집항목(민감정보)	동의함()	동의하지 않음()
위 수집항목(고유식별정보)	동의함()	동의하지 않음()
개인정보 제3자 제공	동의함()	동의하지 않음()

본인은 상기 내용과 같이 부천시 「경기 가사지원서비스 사업」
지원 신청을 위해 개인정보제공에 동의합니다.

2025년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

부천시 일심지원센터장 귀하

□ 서식 3 근로활동 및 소득신고서

서식 3

* 직장건강보험 미가입자 경우 필수 제출

근로활동 및 소득신고서 (부천시 '경기 가사지원서비스 사업')		
신 청 인	성 명	생년월일
	주 소	
직장(사업장)명		
직장(사업장)주소		(전화 :)
근로유형		☐ 상시근로자 ☐ 임시·일용직 ☐ 자영업(노점, 행상, 농어업 등) ☐ 기타
근로시간		일 시간 오전 : ~ : (시간) 일 시간 오후 : ~ : (시간) 주 당 근로일수 : 일 주 근로시간 : 총 시간
소 득 유 형	일 당 제	1일 임금 : 원 월 평균 근로일수 : 일
	월 급 제	월 평균 총 급여 : 원
	자 영 업	월 평균 총 소득 : 원
	기 타	월 평균 총 소득 : 원 (이전소득일 경우 지원하는 곳 :)
본인은 상기와 같이 근로활동 및 소득 내용을 신고합니다. 년 월 일 신고자 : (인) 부천시일심지원센터장 귀하		

□ 서식 4 고용·임금확인서

서식 4

※ 고용자 작성

고 용 · 임 금 확 인 서						
피 고 용 자	성 명			생년월일		
	주 소					
	고 용 성 격 (피고용자가 하는일 구체적으로 기재)	주 일 시간				
고 용 기 간		년 월 일부터 년 월 일까지				
임 금 지 급 형 태		일당제	1 일 임 금 : 원			
			1일 근무시간 : 시간			
			월평균 고용일수 : 일			
		(최근 3개월간 임금 기재)	구분	()월분	()월분	()월분
			기 본 급			
			각 종 수 당			
			기 타 금 액 (여비, 자동차유지비 등)			
		합 계 금 액				
국민건강보험 가입여부		□ 가 입 □ 미 가 입				
상기와 같이 피고용인이 본 사업장에 고용되어 있음을 확인합니다. 년 월 일 사 업 장 명 : 사 업 장 주 소 : 사업자등록번호 : 전화번호 : (영업허가번호) 사 업 주 명 : (인) ※ 도장날인 필요.						
※ 「국민기초생활 보장법」 제49조 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 자는 1년 이하의 징역, 1,000만원 이하의 벌금·구류 또는 과료에 처한다.						