

장기요양기관 입소·이용신청서  
([ ] 신규신청 [ ] 갱신 [ ] 변경 [ ] 해지)

※ 어두운 란은 신청인이 적지 않고, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

| 접수번호 |                                             | 접수일자                                  |                 | 처리기간 | 7일 이내 |
|------|---------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|------|-------|
| 신청인  | 성명                                          |                                       | 생년월일            |      |       |
|      | 수급자와의 관계                                    |                                       | 전화번호(또는 휴대전화번호) |      |       |
|      | 주소                                          |                                       |                 |      |       |
| 수급자  | 성명                                          |                                       | 주민등록번호          |      |       |
|      | 장기요양 등급                                     |                                       | 장기요양 인정번호       |      |       |
|      | 주소                                          |                                       |                 |      |       |
|      | 전화번호(또는 휴대전화번호)                             |                                       |                 |      |       |
|      | 입소·이용 희망 장기요양기관                             |                                       |                 |      |       |
|      | 구분                                          | [ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람 |                 |      |       |
|      | [ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람 |                                       |                 |      |       |

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조제5항에 따라 장기요양기관 입소·이용을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

※ 신청인이 수급자 본인·가족, 사회복지전담공무원, 치매안심센터의 장(수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다), 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람 외의 이해관계인인 경우에는 수급자의 동의를 받아야 합니다.

수급자(또는 보호자) (서명 또는 인)

○○ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용 및 사회복지 통합전산망을 통하여 뒤쪽의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않거나 확인이 되지 않는 경우에는 수급자(또는 보호자)가 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

수급자(또는 보호자) : (서명 또는 인)

☞ 뒤쪽에 신청인 첨부서류가 있습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

|                |                                                                                                                             |            |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 신청인<br>제출서류    | 장기요양인정서 사본                                                                                                                  | 수수료<br>없 음 |
| 담당 공무원<br>확인사항 | 1. 주민등록표 등·초본<br>2. 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여수급자 증명서,<br>「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여증 |            |

처리 절차

