

복지용구 추가급여신청서

(앞쪽)

구 분	[] 훼손여부 확인			[] 신체기능상태 변화 확인			[] 기타		
신청인 (본인)	성 명					생년월일			
	주 소					전 화 번 호			
	실거주지								
	장기요양인정번호					장기요양등급			
대리인	성 명					생년월일			
	유 형		1. 가족·친족·이해관계인(신청인과의 관계:) 2. 사회복지전담공무원 3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정) 4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자						
	주 소								
	전 화 번 호		(휴대전화)						
신청 내용	신체 기능 상태 변화	신 청 품 목							
		신 청 사 유	※ 수급자의 신체기능상태 변화 내용을 기재						
	훼손	훼손 품 목							
		훼손 사 유	※ 훼손 사유 기재						
	기타	신 청 품 목							
		신 청 사 유							

「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제4조제1항 및 같은 조 제4항에 따라 위와 같이 복지용구 급여를 신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

대리인 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신청인 (대리인) 제출서류	1. 물품의 훼손상태를 확인 할 수 있는 사진(부득이 사진을 제출하지 못할 경우 이를 확인할 수 있는 증명서 등)		
	2. 신분증 가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부 나. 대리인이 신청한 경우 ① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 ② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 ③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 제9호 서식의 대리인 지정서 1부		

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

처리절차	
이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.	
신 청 인	처 리 기 관 국 민 건 강 보 험 공 단
복지용구 추가급여 신청서 작성·제출	접 수 (국민건강보험공단 지사)
	↓ 훼손여부 또는 신체기능상태 변화 등 확인 (접수 후 10일 이내)
	↓ 기존 구입물품 사용 가능 했수 변경 또는 복지용구 급여확인서 재발급(지사)