

활동지원급여 제공계획서

※ 뒤쪽의 작성방법을 참고하시기 바랍니다.

(앞쪽)

① 수급자	성명			주민등록번호				
	활동지원등급			전화번호				
② 계약자	활동지원기관명			활동지원기관번호				
	계약자 성명							
	수급자와의 관계			전화번호 (휴대전화번호)				
③ 계약 개요	계약일			급여개시일				
	계약기간(급여 종류별)							
④ 급여계약 내용	급여 종류		횟수		급여비용		활동지원인력	
							성명	교육이수증/자격증/면허증번호
	활동보조	신체활동지원	월 회(시간/회)	월 원				
		가사활동지원	월 회(시간/회)	월 원				
		사회활동지원	월 회(시간/회)	월 원				
		그 밖의 제공서비스	월 회(시간/회)	월 원				
	방문목욕		월 회(시간/회)	월 원				
	방문간호		월 회(시간/회)	월 원				
	합계		월 원					

「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 제13조제6항에 따라 수급자와 작성한 계약서의 내용을 위와 같이 제출합니다.

150

활동지원기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민연금공단 이사장 귀하

안내사항

1. 이 계획서는 수급자와 활동지원급여 제공 계약을 체결하거나 계약 내용을 변경한 경우에 작성합니다.
2. 이 계획서와 관련한 문의로는 아래로 해 주시기 바랍니다.

활동지원기관 담당자 성명: 전화: 전자우편:

작성방법

② 계약자

활동지원기관명과 활동지원기관번호를 적습니다.

계약자(수급자 또는 수급자의 대리인)의 성명, 수급자와의 관계 및 전화번호(휴대전화번호)를 적습니다.

③ 계약 개요

계약일: 수급자와 활동지원기관이 최초로 급여 제공 계약을 체결한 날짜를 적습니다.

급여개시일: 수급자와 활동지원기관이 최초로 급여 제공 계약을 체결한 후 급여를 시작한 날짜를 적습니다.

계약기간: 급여 종류별로 전체 계약기간(계약 시작일과 종료일)을 적습니다.

④ 급여계약 내용

횟수: 해당 급여(서비스)의 월 제공 횟수를 적습니다.

시간: 해당 급여(서비스)의 1회당 제공 시간을 적습니다.

급여비용: 해당 급여(서비스)의 월 급여비용을 적습니다.

활동지원인력: 급여(서비스)를 수행하는 활동지원인력의 성명과 교육이수증/자격증/면허증번호(활동지원사는 교육이수증의 번호, 요양보호사·사회복지사 및 간호조무사는 자격증의 번호, 간호사는 면허증의 번호를 말합니다)를 적습니다.

두 명 이상이 방문하는 경우에는 각각의 성명과 교육이수증/자격증/면허증번호를 모두 적습니다.

합계: 급여비용별 월 급여비용을 합하여 적습니다.