

장기요양기관 입소·이용신청서

([] 신규신청 [] 갱신 [] 변경 [] 해지)

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

접수번호	접수일시	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 사회복지통합전산망을 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 첨부서류	장기요양인정서 사본	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	1. 주민등록표 등·초본 2. 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여수급자 증명서, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여증	

