

장기요양급여 제공시기 예외 적용 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않고, [] 에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	14일
신청인 (수급자)	① 성명	② 생년월일	
	③ 주소	④ 전화번호	
	⑤ 신청사유	⑥ 장기요양인정번호	
		[] 주거를 같이 하는 가족이 없는 경우 [] 주거를 같이 하는 가족이 미성년자 또는 65세 이상의 노인 외에는 없는 경우	
대리인	⑦ 성명	⑧ 주민등록번호	
	⑨ 유형	1. 가족·친족·이해관계인 (신청인과의 관계:)	
		2. 사회복지전담공무원	
	3. 치매안심센터의 장 (수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다)		4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자
	⑩ 주소		
⑪ 전화번호 (휴대전화)		전자우편주소	

「노인장기요양보험법」 제27조제2항 및 같은 법 시행규칙 제21조제1항에 따라 장기요양인정 신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받기 위하여 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

신청(신고)인 제출서류	1. 동거가족이 있어도 실질적으로 주거를 같이 하지 아니하는 경우: 읍·면·동장의 확인서 등 신청사유를 입증할 수 있는 서류 2. 대리인 관련서류 가. 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 나. 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 다. 치매안심센터의 장(수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 라. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부	수수료 없음
담당 직원 확인사항	주민등록표 등본	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않는 경우에는 신청인(대리인)이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인(대리인) (서명 또는 인)

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ④: 장기요양인정신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받으려는 수급자의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호를 적습니다.
- ⑤: 수급자가 장기요양인정신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받으려는 해당 신청사유에 √ 표 합니다.
- ⑥: 장기요양인정번호를 적습니다.
- ⑦・⑧: 대리인의 성명, 주민등록번호를 적습니다.
- ※ 해당하는 경우에만 적습니다.
- ⑨: 대리인의 유형을 1 ~ 3번 중 해당되는 곳에 ○표 합니다.
- 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.
 - 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
 - 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
 - 이해관계인: 이웃 등 가족, 친족을 제외한 그 밖의 자
 - 사회복지전담공무원: 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제43조에 따른 사회복지전담공무원
 - 치매안심센터의 장(수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다): 「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장
 - 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 가족, 친족, 이해관계인 또는 사회복지전담공무원이 장기요양인정신청 등을 할 수 없는 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정하는 자
- ⑩・⑪: 대리인의 주소, 전화번호, 전자우편주소를 적습니다.

처 리 절 차

