

특별현금급여수급계좌 입금신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시		처리기간 즉시	
신청인 (수급자)	성명		생년월일		
	주소 (전화:)				
대리인	성명		생년월일		
	유형	☐ 가족이나 친족 또는 이해관계인(신청인과의 관계:) ☐ 사회복지전담공무원 ☐ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) ☐ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자 ※ 해당 유형에 √표합니다.			
	주소 (전화:)				
특별현금급여 수급계좌	금융기관		예금주		
	계좌번호				

「노인장기요양보험법」 제27조의2, 같은 법 시행령 제13조의2에 따라 특별현금급여를 위의 특별현금급여 수급계좌로 입금하여 줄 것을 신청합니다.

신청인 년 월 일 (서명 또는 인)
대리인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

첨부서류	1. 수급자 명의의 예금통장(계좌번호가 기록되어 있는 면을 말합니다) 사본 1부 2. 대리인 관련 서류 가. 가족이나 친족 또는 이해관계인인 경우: 본인임을 확인할 수 있는 신분증 나. 사회복지전담공무원인 경우: 공무원임을 증명하는 신분증 다. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 라. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자인 경우: 별지 제9호서식의 대리인 지정서
------	--

