

장기요양기관 지정(지정갱신)신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(제1쪽 앞면)

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인 (대표자)	①성명	②주민등록번호	
	③주소	④전화번호	
⑤신청사항	[] 신규지정 [] 지정갱신		
⑥기관명			
⑦법인등록번호	-	⑧법인명	
⑨고유번호 (사업자등록번호)			
⑩설립 형태	[] 국가 [] 지방자치단체 [] 법인() [] 개인 [] 기타()		
⑪기관유형 (급여종류 및 형태)	시설	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 가형 [] 노인요양시설 내 치매전담실 나형 [] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정	
	재가	[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용구 제공 [] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용	
⑫소재지	주소		
	전화번호	팩스번호	전자우편주소

「노인장기요양보험법」 제31조·제32조의4 및 같은 법 시행규칙 제23조·제24조에 따라 장기요양기관의 지정(지정갱신)을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 신규지정 신청 가. 일반현황·인력현황 및 시설현황을 적은 서류 각 1부 ※ 각 서류는 이 서식 제2쪽부터 제6쪽까지의 양식에 작성하여 제출합니다. 나. 사업자등록증 또는 고유번호증 사본 1부(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류 제출을 갈음합니다) 다. 사업계획서 및 운영규정 각 1부 2. 지정갱신 신청: 일반현황을 적은 서류 1부 ※ 서류는 이 서식 제2쪽의 양식에 작성하여 제출합니다.	수수료 없음
------	--	-----------

위 본인은 장기요양기관의 대표자로서 장기요양기관의 운영에 관하여 「노인장기요양보험법」 제35조 및 제35조의2에서 정한 법적 의무를 다할 것과 장기요양기관으로 지정받은 후 「노인장기요양보험법」 제34조에 따라 국민건강보험공단이 운영하는 인터넷 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)에 장기요양기관회원으로 가입하여 장기요양급여의 내용, 시설·인력 등의 현황자료 등을 성실히 게시할 것을 서약하며, 본인이 홈페이지에 게시한 정보가 변경되거나 사실과 다를 경우에는 공단이 이를 확인하여 직접 수정하는 것에 동의합니다.

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ④ 신청인(대표자)의 성명, 주민등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- ⑤ 신청사항을 표기합니다.
- ⑥ 지정(지정갱신)받으려는 기관의 명칭을 적습니다.
- ⑦ · ⑧ 기관의 운영형태가 법인일 경우 법인등록번호 및 법인명을 적습니다.
- ⑨ 기관의 고유번호 또는 사업자등록번호를 적습니다.
- ⑩ 운영 중인 기관의 설립 형태를 표기합니다.
 - ※ 법인의 경우 ()에 재단법인, 사단법인, 의료법인, 사회복지법인, 종교법인 및 학교법인 등 그 형태를 구체적으로 적습니다.
 - ※ 복지용구를 제공하는 경우 기타 ()란에 의료기기판매(임대)업으로 표기합니다.
- ⑪ 장기요양기관의 유형 및 해당 기관에서 제공하고자 하는 장기요양급여의 종류 및 형태를 모두 표시합니다(중복으로 표시할 수 있습니다).
- ⑫ 기관의 주소, 전화번호, 팩스번호 및 전자우편주소를 정확하게 적습니다.

처 리 절 차

지정(지정갱신)신청서 제출



접수 및 검토
(지정서 발급)



지정서 수령

신청인

처 리 기 관
(특별자치시 · 특별자치도 ·
시 · 군 · 구)

신청인

일 반 현 황

① 기관명			④ 입소(이용) 정원		급여 종류 및 형태					정 원			
					총 원					명			
② 장기요양 기관기호													
③ 설치신고 및 지정일	설치신고일												
	지정일												
⑤ 직원현황	총 원	시설의 장 (관리 책임자)	자격(면허) 보유자										기 타
	소계	사회 복지사	의사	간호사	간호 조무사	치과 위생사	요양 보호사	물리 (작업) 치료사	영양사				
	명												
⑥ 기관규모	대지 면적	m ²	건물 면적	m ²	소유 형태	1.자가 2.임대 3.법인소유 4.무상임대 5.국가소유(위탁) 6.지자체소유(위탁)							
⑦ 홈페이지 주소													

작성방법 및 유의사항

- ① 기관의 명칭을 적습니다.
- ② 특별자치시·특별자치도·시·군·구에서 기관기호를 적습니다. 다만, 변경지정 신청을 할 때 첨부 서류로 이 서식을 활용하는 경우에는 변경지정 신청을 하는 사람이 기관기호를 적습니다.
- ③ 설치신고증명서에 적힌 설치신고 날짜와 장기요양기관 지정서 상의 지정일자 적습니다.
※ 장기요양기관 지정서가 발급되지 않은 기관의 경우 설치신고일만 적습니다.
- ④ 입소(이용)정원을 급여 종류별로 적습니다.
※ 급여 종류 및 형태는 다음 중 해당되는 것을 적습니다.
노인요양시설, 노인요양시설 내 치매전담실 가형, 노인요양시설 내 치매전담실 나형, 노인요양공동생활가정, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호, 주·야간보호시설 내 치매전담실, 단기보호 이용
- ⑤ 기관에 근무하는 총 직원 수, 시설의 장(관리책임자) 및 면허증 또는 자격증 보유인원 현황을 적습니다.
※ 방문간호를 제공하는 장기요양기관의 경우 다음의 조건을 충족하는 인력의 현황을 적습니다.
- 간호사: 2년 이상의 간호업무경력이 있는 간호사
- 간호조무사: 3년 이상의 간호보조업무경력이 있는 간호조무사로서 보건복지부장관이 지정한 교육기관에서 소정의 교육을 이수한 자
※ 기타에는 자격증 또는 면허증이 없는 직원의 현황을 적습니다.
- ⑥ 기관의 대지면적 및 건물면적을 적고 그 소유형태에 "○" 표시를 합니다.
- ⑦ 기관이 운영 중인 홈페이지 주소를 적습니다.
※ 기관유형(급여 종류 및 형태)별 장기요양기관의 인력 또는 시설현황이 변경되었을 경우 일반현황과 각각의 인력 또는 시설현황을 함께 제출해야 합니다.

기관유형 (급여종류 및 형태)	시설	☐ 노인요양시설 ☐ 노인요양시설 내 치매전담실 가형() ☐ 노인요양시설 내 치매전담실 나형()
		☐ 노인요양공동생활가정 ☐ 치매전담형 노인요양공동생활가정
	재가	☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호 ☐ 단기보호 ☐ 복지옹구 제공 ☐ 주·야간보호 ☐ 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용()

[illegible]

작성방법 및 유의사항

- ① 다음의 직종 중에서 해당하는 것의 번호를 적습니다.
1. 시설장(관리책임자), 2. 사무국장, 3. 사회복지사, 4. 의사, 5. 계약의사, 6. 간호사, 7. 간호조무사,
 8. 치과위생사, 9. 물리치료사, 10. 작업치료사, 11. 요양보호사, 12. (삭제), 13. (삭제), 14. 영양사, 15. 사무원, 16. 조리원, 17. 위생원, 18. 관리인, 19. 보조원 운전사, 20. 기타, 21. 프로그램관리자
- ②·③ 해당 인력의 이름 및 주민등록번호를 적습니다.
- ④ 자격증 또는 면허의 종류를 적습니다.
- ※ 자격(면허)의 종류는 다음과 같습니다.
1. 사회복지사 1급, 2. 사회복지사 2급, 3. 사회복지사 3급, 4. 의사, 5. 방문간호전담 간호사,
 6. 방문간호전담 외의 간호사, 7. 방문간호전담 간호조무사, 8. 방문간호 외의 간호조무사, 9. 치과위생사,
 10. 물리치료사, 11. 작업치료사, 12. 요양보호사, 13. 영양사, 14. 기타
- ※ 한 사람이 여러 개의 자격증을 보유한 경우에는 근무 직종과 가장 연관된 자격증 한 가지만 신고합니다.
다만, 방문요양, 방문목욕, 방문간호 급여를 제공하는 경우에는 서비스와 관련된 자격(면허)증을 모두 신고합니다.
- ⑤ 자격증 또는 면허의 번호를 적습니다.
- ⑥ 자격증 또는 면허를 취득한 날짜를 연월일로 적습니다.
- ⑦ 근무형태를 전임, 겸임 또는 시간제로 구분하여 적습니다.
- ⑧ 입사, 퇴사, 휴직 또는 복직한 날짜를 연월일로 적습니다.
- ⑨ 해당 기관 내에서 급여의 종류별로 인사이동이 발생한 경우 그에 따른 근무 시작일 및 근무 종료일을 연월일로 적습니다.
- ⑩ 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호시설 내 치매전담실의 경우, 해당 시설의 장, 프로그램관리자 및 요양보호사가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매전문교육을 이수하였는지 여부를 "○" 또는 "X"로 적습니다.
- ※ 급여의 형태별로 인력(변경) 현황의 서식을 각각 구분하여 작성합니다. 예를 들어, 노인요양시설 내 치매전담실 가형과 노인요양시설 내 치매전담실 나형 각 1개씩의 치매전담실을 운영하는 시설의 경우, 2장의 인력(변경)현황서에 각각의 인력현황을 작성하여 제출하여야 합니다.
- ※ 장기요양기관으로 지정받으려는 노인요양시설 또는 주·야간보호시설에서 치매전담실을 다수 운영하고 있는 경우에는 해당되는 유형에 √ 표시를 하고, () 부분에 해당 치매전담실 번호를 적습니다. 예를 들어, 치매전담실 가형 3개실 및 나형 2개실을 운영하고 있는 경우에는 [] "치매전담실 가형" 또는 "치매전담실 나형"에 √ 표시를 하고, 그 뒤에 해당 치매전담실 번호를 ()에 적습니다.

시설(변경) 현황(시설급여의 경우)

[]노인요양시설 []노인요양시설 내 치매전담실 가형() []노인요양시설 내 치매전담실 나형()
 []노인요양공동생활가정 []치매전담형 노인요양공동생활가정

시설 현황

구 분	침실 (생활실)	사무실	의료 및 간호사실	물리(작업) 치료실	프로 그램실	식당 및 조리실	화장실	세면장 및 목욕 실	세탁장 건조장
개 소									

침실 현황

구 분	1인실	2인실	3인실	4인실	특별침실	기타
개 소						

노인요양시설 내 치매전담실 시설 현황

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구 분 급여형태	침실	공동거실	화장실	간이욕실 (세면대 포함)	옥외공간
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					

노인요양시설 내 치매전담실 침실 현황

※ 해당 시설의 개수를 기재합니다.

구 분 급여형태	1인실	2인실	3인실	4인실	특별침실	기타
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						

치매전담형 노인요양공동생활가정 시설현황

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구 분	공동거실	옥외공간
설치 여부		

시설(변경) 현황(재가급여의 경우)

[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용구
[] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용()

시설 현황

구 분	침실 (생활실)	사무실	의료 및 간호사실	물리(작업) 치료실	프로 그램실	식당 및 조리실	화장 실	세면장 및 목욕 실	세탁장 건조장
개 소									

주·야간보호시설 내 치매전담실 시설 현황

※ 1인 생활실 및 프로그램실 설치 여부("○" 또는 "X")를 기재합니다.

구 분	1인 생활실	프로그램실
치매전담실()		
치매전담실()		

차량 현황(이송 및 방문목욕의 경우에만 작성합니다)

※ 차량 변경 또는 운행 종료 시 해당차량에 종료일을 기재합니다.

차량 연번	차량 종류 1)	적재량	구입 연도	구입 방법 2)	차량 제조사	차량명	개조 설계 및 시행사	취득가(천원)		차량구입 지원기관	차량 번호	등록일	종료일
								차량가	개조 비용				
차량1													
차량2													

1) 차량종류: ① 승합형 ② 탑형 ③ 버스 ④ 기타

2) 구입방법: ① 기증 ② 신규구매 ③ 중고구매 ④ 리스 ⑤ 기타

차량 내 장비현황 및 기타 장비 현황(방문목욕의 경우에만 작성합니다)

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구분	욕조	이동 욕조	급수 탱크	급탕 장치	보일러 시설	샤워기 시설	리프트	입욕 장치	세탁기	기타
차량1										
차량2										
이동용 욕조		개								

복지용구 소독·세정 및 그 밖의 관리 장비 보유 현황(복지용구사업의 경우에만 작성합니다)

신고내용*	장비명	제조사	모델명	용도	비고
	총 면적	세정 및 소독 공간 등			
		세정·소독면적	살균·건조면적	조립·수리·포장면적	보관실 면적
	복지용구 세정·소독을 위탁하는 경우 위탁사업소명(사업자등록번호):				
					연락처:

* 소독장비, 세정장비 또는 기타 장비의 보유 현황을 적습니다.