

장기요양기관 변경지정 신청서

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

접수번호		접수일		처리기간		7일	
장기요양 기관의 장	① 성명			② 생년월일			
	③ 주소			(전화번호:)			
④ 장기요양기관명			⑤ 장기요양기관기호			⑥ 전화번호	
⑦ 변경사항	[] 시설현황			[] 인력현황			
	[] 장기요양급여의 종류			[] 장기요양급여의 형태			
⑧ 변경내역		변경 전		변경 후		변경일	

「노인장기요양보험법」 제33조 및 같은 법 시행규칙 제25조에 따라 위와 같이 변경지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	장기요양기관지정서	수수료 없 음
-------------	-----------	----------------

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ③: 장기요양기관의 장의 성명, 생년월일, 주소를 적습니다.
- ④ ~ ⑥: 장기요양기관명, 장기요양기관기호, 전화번호를 적습니다.
- ⑦: 해당하는 변경사항에 √ 표합니다.
- ⑧: 변경된 항목의 정확한 변경일을 적습니다.

<첨부서류>

- 시설현황: 장기요양기관의 시설현황에 대한 변경사항 발생 시 상세내역을 별지 제19호서식 중 첨부서류 3 또는 3-1의 시설(변경)현황 서식에 적습니다.
- 인력현황: 장기요양기관의 직원에 대한 변경사항 발생 시 상세내역을 별지 제19호서식 중 첨부서류 2의 인력(변경)현황 서식에 적습니다.

처 리 절 차

