

장기요양기관 ([] 폐업 [] 휴업 [] 지정 비갱신) 신고서

※ 아래의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라고, 색상이 어두운 란은 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 7일	
장기요양 기관의 장 (대표자)	① 성명			② 생년월일	
	③ 주소 (전화번호:)				
④ 장기요양기관명		⑤ 장기요양기관 기호		⑥ 전화번호	
⑦ 법인등록번호		⑧ 사업자등록번호			
⑨ 폐업일·지정 유효 기간 만료일·휴업 기간	폐업일 또는 지정 유효기간 만료일	년 월 일			
	휴업기간	년 월 일부터 년 월 일까지			
⑩ 폐업·휴업· 지정 비갱신 사유					
⑪ 연락처 (폐업·휴업·지정 유효기간 만료 후)	성명: 주소:		전화번호:		

「노인장기요양보험법」 제36조제3항 및 같은 법 시행규칙 제28조에 따라 폐업 또는 휴업하거나 장기요양기관의 지정을 갱신하지 않음을 신고합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 폐업 또는 휴업 의결서(법인만 제출합니다) 1부 2. 수급자에 대한 다른 장기요양기관 또는 복지서비스의 연계 등 조치계획서 1부 3. 장기요양기관 지정서(휴업의 경우에는 제출하지 않습니다) 또는 재가장기요양기관 설치신고증명서(폐업의 경우에만 제출합니다) 4. 「노인장기요양보험법」 제35조의2에 따른 장기요양기관 재무회계에 관한 서류 중 결산보고서 1부
------	---

작성방법

- ① ~ ③: 장기요양기관의 장(대표자)의 성명, 생년월일, 주소 및 전화번호를 적습니다.
 ④ ~ ⑥: 장기요양기관명, 장기요양기관기호 및 장기요양기관의 전화번호를 적습니다.
 ⑦: 장기요양기관의 운영형태가 법인인 경우 법인등록번호를 적습니다.
 ⑧: 장기요양기관의 사업자등록번호(고유번호)를 적습니다.
 ⑨: 폐업하려는 날짜, 지정 유효기간 만료일 또는 휴업하려는 기간을 적습니다.
 ⑩: 장기요양기관의 폐업·휴업사유 또는 지정을 갱신하지 않는 사유를 적습니다.
 ⑪: 폐업·휴업 또는 지정 유효기간 만료 이후의 연락처(성명, 전화번호, 주소)를 적습니다.

처리절차

신고서 제출	→	접 수, 검 토 및 처리
신고인		처 리 기 관 (특별자치시장·특별자치도지사·시·군·구)