

장기요양기관 입소·이용의뢰서

※ 어두운 란은 신청인이 적지 않고, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

발급번호		발급일	
신청인 (수급자)	성명		생년월일
	장기요양등급		장기요양인정번호
	주소		
	전화번호(또는 휴대전화번호)		
보호자	성명	신청인과의 관계	전화번호
대리인	성명		주민등록번호
	유형 ☐ 1. 가족·친족·이해관계인(신청인과의 관계 :) ☐ 2. 사회복지전담공무원 ☐ 3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) ☐ 4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람		
	주소		
	전화번호(또는 휴대전화번호)		
비용 부담주체	특별자치시·특별자치도·시·군·구		협약번호
급여개시일			

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조제6항에 따라 위 수급자의 귀 장기요양기관 입소·이용을 의뢰합니다.

년 월 일

○○ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장

직인

장기요양기관장 귀하

※ 특별자치시·특별자치도·시·군·구 담당과:	담당자:	전화번호:
<입소·이용의뢰 장기요양기관 현황>		
○ 명칭:	○ 기호:	
○ 주소:	○ 전화번호:	