

장기요양요원 고충 미처리 시정 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간
신청인 (장기요양요원)	성명	생년월일(성별)
	주소	(전화번호:)
	고충 등 발생일	고충해소 요청일
	직종 []요양보호사 []사회복지사 []간호사 []간호조무사 []물리치료사 []작업치료사 []치과위생사	
피신청인 (장기요양기관장)	장기요양기관명(기관기호)	대표자 성명
	장기요양기관 주소	
	기관 유형 (급여종류 및 형태)	[]노인요양시설 []노인요양공동생활가정 []치매전담형 노인요양공동생활가정 []방문요양 []방문목욕 []방문간호 []단기보호 []복지용구 제공 []주·야간보호 []주·야간보호시설 내 치매전담실 이용
시정신청 취지		
수급자 및 그 가족에 의한 고충의 구체적 내용		

「노인장기요양보험법」 제35조의4제4항에 따라 위와 같이 시정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 날인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	수급자 및 가족에 의한 고충 등 신청 내용을 입증할 수 있는 자료	수수료 없음
처리절차		
신청서 작성	→	접수
사실확인 조사	→	보고서 작성
신청인에게 결과통지	→	장기요양기관의 장에게 시정 통보
신청인		
처리기관: 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장		