

[] 노인여가복지시설
[] 재가노인복지시설

접수번호	접수일	처리기간	4일
신고인	성명(대표자)	법인명(법인에 한함)	
	주소		
시설개요	시설의 명칭(시설의 종류)		
	소재지 (전화번호 :)		
	설치일자	이용정원(이용노인수) 명	
	시설규모 연건평 m ²	설치비용 천원	
	직원수 명		
수납비용 (원/인, 일 또는 월)	* 단기보호시설은 독신용, 동거용, 합숙용으로 구분·기재할 것		

이
이
이

(서명 또는 인)

특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

구비서류	수납하고자 하는 비용의 산출내역서 1부	수수료 없음
------	-----------------------	-----------