

(년 월분)
주·야간보호급여 특장차량 구비 한시적 지원금 청구서

※ 색상이 어두운 란은 청구인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일자
------	------

장기 요양 기관	기관 기호		기관 명	청구 구분	[] 1. 원청구 [] 2. 추가청구	전화 번호	
	주소 (전자우편)	□□□□□□ ()					

청구내용

건수	청구액

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제34조의2에 따라 특장차량 구비 한시적 지원금 산정방법 에 따른 급여비용을 청구합니다.

첨 부 : 특장차량 구비 한시적 지원금 청구 명세서 매

청구일자 년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

작성인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하