

주·야간보호형 통합재가서비스 가산비용 청구명세서				청구 구분	[] 1. 원청구 [] 2. 추가청구 [] 3. 보완청구
기관기호		기관명칭		일련번호	
성명		생년월일		장기요양인정번호	
장기요양등급		보장기관기호		보장기관명칭	
수급자 구분	일반 []	의료급여 []			
원청구내용 ※ 보완·추가 청구 시에만 기재합니다		접수번호		일련번호	불능사유 코드
주·야간보호형 통합재가서비스 급여내용			주·야간보호형 통합재가서비스 급여비용		
급여종류	횟수	실제공 금액	실제공 총액	월한도액	실제공 비율
방문요양					
주·야간보호 (치매전담실 포함)					
방문목욕					
방문간호					
단기보호					
주·야간보호 내 인력배치 충족여부	간호사		물리(작업)치료사		
청구액					