

2026년 「낙상예방 재가환경지원 시범사업」 안내

국민건강보험공단에서는 장기요양 수급자가 집에서 안정하고 자립적으로 생활할 수 있도록 '26.6.15.(월)부터 「낙상예방 재가환경지원 시범사업」을 추진하고 있습니다.

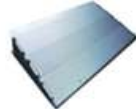


시범사업 안내

□ 이용 절차

① 서비스 신청 장기요양 수급자	② 결과통보서 발송 공단 운영센터	③ 업체 선정 및 계약 장기요양 수급자	④ 본인부담금 납부 장기요양 수급자	계약 품목 시공 시공업체
----------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	------------------

□ 서비스 내용

대 상	장기요양 수급자로, 본인 또는 가족 소유의 집에 거주(주민등록상 주소-실거주지 동일) 하는 낙상 고위험자 ※ 제외: 시설입소자, 병원 입원자, 기초생활수급자, 아파트 거주자, 임대 거주자		
내 용	수급자 1인당 생애 100만원 한도 내 서비스 품목(13종) 중 필요한 품목 시공 지원		
본인부담금	한도액 100만원 내에서 총 이용 금액의 15% ※ (100% 자부담) 100만원 한도 초과액, 서비스 품목 이외의 시공, 미선정 시공업체 이용한 경우		
신청 방법	공단 운영센터에 방문, 우편, 팩스 또는 온라인* 신청 * 노인장기요양보험 홈페이지(PC) :민원서비스 > 장기요양 신청 > 낙상예방 재가환경서비스 신청 건강보험25시(APP) :장기요양 > 낙상예방 재가환경지원 > 낙상예방 재가환경지원 서비스 신청		
서비스 품목 (13종)	낙상예방(4종)	 안전손잡이(안전레일)  단차 축소 발판(계단형)  문턱방지 경사로(턱받침)  조명 교체	
	생활편의(6종)	 조명리모컨  조명스위치교체  문손잡이  비디오폰  스위치-콘센트위치조정  샤워기거치대	
	위생품목(3종)	 세면대  수전  양변기 ※ 이해를 돕기 위한 참고용 이미지임	

□ 서비스 제공기관: 선정 시공업체 140개소 ... 홈페이지 또는 모바일 앱에서 확인 가능

※ 노인장기요양보험 홈페이지(PC) :민원서비스 > 검색서비스 > 낙상예방 재가환경지원 시공업체 조회
건강보험25시(APP) :장기요양 > 낙상예방 재가환경지원 > 낙상예방 재가환경지원 시공업체 현황

□ 문의처: 고객센터 ☎ 1577-1000 또는 관할 공단 노인장기요양보험 운영센터

□ (주택 소유주별) 제출 신청 서류 안내

주택소유주	공단 운영센터 방문·팩스·우편 신청 시	온라인(PC·어플) 신청 시
신청인 (수급자)	① 시범사업 신청서 ② 신분증(신청인) 사본 ③ 개인정보 수집·이용·제공 동의서 (신청인용) ④ 희망 품목 및 구역 ⑤ 등기부등본	① 개인정보 수집·이용·제공 동의서 (신청인용) ② 등기부등본 ③ 신분증(신청인) 사본
가족	① 시범사업 신청서 ② 신분증(신청인 + 주택소유주) 사본 ③ 개인정보 수집·이용 동의서 (신청인용 + 주택소유주용) ④ 희망 품목 및 구역 ⑤ 가족관계증명서 ⑥ 등기부등본 ⑦ 대표 소유자 선임 동의서 및 신분증 → 주택소유주 2명 이상인 경우	① 개인정보 수집·이용 동의서 (신청인용 + 주택소유주용) ② 등기부등본 ③ 가족관계증명서 ④ 신분증(신청인 + 주택소유주) 사본 ⑤ 대표 소유자 선임 동의서 및 신분증 → 주택소유주 2명 이상인 경우

※ 모든 서류에 주민등록번호 뒷자리는 **마스킹 처리**하여 제출

※ 등기부등본 경우 제출일 기준 **1개월 이내 발급**하여야 함(열람용 불가)

※ 온라인(PC·어플) 신청 시에도 **해당 서류**는 공단 운영센터에 **추가 제출**하여야 함

낙상예방 재가환경지원 시범사업 신청서

접수번호	기재 불필요		접수일자	기재 불필요	
① 신청인 (수급자)	성명		생년월일		
	장기요양인정번호		장기요양등급		
	주민등록상 주소지(실제 거주)				
	전화번호(또는 휴대전화번호)				
② 주택소유주	※ 주택소유주가 신청인과 동일한 경우에는 적지 않습니다.				
	성명		생년월일		
	주소				
	전화번호(또는 휴대전화번호)		신청인과의 관계		
③ 주택현황	주택형태	[] 단독주택 [] 연립주택(다세대·다가구)			
	주택 소유주	[] 신청인 [] 가족			
④ 우편물 수령지	[] 신청인 [] 주택소유주				
⑤ 추가 연락처(선택)	전화번호(또는 휴대전화번호)		신청인과의 관계		

위와 같이 낙상예방 재가환경지원 시범사업 서비스를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

주택소유주 (서명 또는 인)

첨부서류	※ 모든 서류 제출 시, 주민등록번호 뒷자리는 마스킹 처리하여 제출해 주시기 바랍니다.
	1. (필수 제출) 신청인 소유의 주택인 경우 ① 신분증(신청인) ② 개인정보 수집·이용·제공 동의서(신청인용) ③ 희망 품목 및 구역 ④ 등기부등본
	2. (추가 제출) 가족 소유의 주택인 경우 ① 신분증(주택소유주) ② 개인정보 수집·이용 동의서(주택소유주용) ③ 가족관계증명서 ④ 등기부등본 ⑤ 대표 소유자 선임 동의서(공동 소유 주택용) 및 신분증 → 주택소유주가 2명 이상인 경우 제출

유의사항

- 신청을 위해 제출하신 서류는 반환되지 않으며, 작성한 내용이 사실과 다를 경우 신청이 취소될 수 있습니다.
- 재가거주 장기요양 수급자이면서, 본인 또는 가족 소유 주택 거주자인 경우에만 지원이 가능합니다.
※ 수급자 본인의 주민등록상 주소지와 실제 거주지가 동일하며, 직접 거주하는 경우에 한하여 지원이 가능합니다.
- 본 시범사업은 대상자 1인당 생애 최대 100만원 한도 내 지원합니다.
※ 다만, 시공금액의 15%는 수급자 본인부담금이며, 나머지 비용은 공단이 지원합니다.
※ 한도액을 초과하거나, 사업에서 지원하지 않는 품목 시공에 대해서는 전액 본인 부담으로 이용하여야 합니다.
- 시공 받은 부분에 대한 원상복구 지원은 불가합니다.

작성방법

- 신청인(수급자): 신청인의 성명, 생년월일, 장기요양인정번호, 장기요양등급, 주소지, 전화번호를 적습니다.
- 신청서는 가족, 친족, 이해관계자 등이 대리 신청 가능합니다.
- 주택소유주: 주택소유주의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 신청인과의 관계를 적습니다.
- 주택소유주가 2명 이상인 경우, 선임된 대표 소유자가 작성 및 서명합니다.
- 주택소유주는 본인 또는 가족 소유 주택만 가능하며, 가족의 범위는 아래와 같습니다.

민법 제779조(가족의 범위)
 ① 다음의 자는 가족으로 한다.
 1. 배우자, 직계혈족, 형제자매
 2. 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계 혈족 및 배우자의 형제자매
 ② 제1항제2호의 경우에는 생계를 같이 하는 경우에 한한다.
- 주택현황
- 주택형태: 신청인의 거주지에 해당하는 주택형태에 √표를 합니다.
- 주택 소유주(명의): 신청인의 주택을 소유하고 있는 자에게 √표를 합니다.
- 우편물 수령지: 시범사업 관련 결과 안내를 받을 수신인에 √표를 합니다. 향후 수령지 변경을 신청한 경우에는 공단에 신고해야 합니다.
※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 주택소유주로 한정합니다.
- 추가 연락처(선택): 신청인, 주택소유주 외 연락 가능한 연락처가 있을 경우 작성합니다.
- 추가 연락처 기재 시, 해당 연락처 대상자에 대한 개인정보 동의를 별도로 받아야 하며, 개인정보 수집·이용·제공 동의서(신청인용) 하단에 반드시 대상자의 자필 서명을 포함하여야 함

희망 품목 및 시공구역

서비스 품목	환경평가	현관	거실	침실	욕실 / 화장실	주방	다용도실
안전레일 (안전손잡이)	표준 손잡이 높이 · 형태가 신체 상태와 맞지 않음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
단차 축소 발판 (계단형)	단차로 인해 넘어짐 위험이 높음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
문턱방지 경사로 (턱받침)	문턱에서 걸림 · 미끄러짐 위험이 높음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
조명 교체	조명이 없어 이동 경로에 충분한 밝기가 확보되지 않음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
조명 리모컨	조명을 켜고 끄기 위해 이동하기 불편함		☐	☐			
조명 스위치 교체	조작판이 좁거나 어두운 곳에서 찾기 어려움	☐	☐	☐	☐	☐	☐
문 손잡이	문 손잡이가 둥근형이거나 재질이 미끄러워 열고 닫기 어려움	☐	☐	☐	☐	☐	☐
비디오폰	방문자에 대한 정보 전달 장치가 없고, 직접 문을 열어주기 어려움	☐	☐	☐			
스위치, 콘센트 위치 조정	신체 상태를 고려한 스위치, 콘센트 높이 조절	☐	☐	☐	☐	☐	☐
샤워기 거치대	거치대가 없거나 샤워기 높이 조절이 불가함				☐		
세면대 교체	세면대 파손이 심하여 제 기능을 하지 못함 또는 높이가 맞지 않아 사용 어려움				☐		
수전 교체	사용하기 불편한 수전(원형)이거나 작동이 불량하여 사용 어려움				☐	☐	
양변기 교체	양변기 파손이 심하여 제 기능을 하지 못함 또는 높이가 맞지 않아 사용 어려움				☐		

낙상예방 재가환경지원 시범사업 참여를 위한 개인정보 수집·이용·제공 동의서 [신청인용]

국민건강보험공단은 낙상예방 재가환경지원 시범사업과 관련하여 귀하의 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 하오니, 수집·이용 및 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

신청인 작성 (필수)

1. 개인정보 수집·이용 내역(필수)

- ① 개인정보의 수집·이용 목적: 시범사업 신청자 확인 및 대상자 선정
- ② 수집하려는 개인정보의 항목: 성명, 생년월일, 장기요양인정번호, 주민등록상 주소지(실제 거주), 전화번호(또는 휴대전화번호), 주택 현황(형태, 소유자), 희망품목, 생활구역
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: 수집일로부터 10년
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 낙상예방 재가환경지원 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

2. 민감정보 수집·이용 내역(필수)

- ① 민감정보의 수집·이용 목적: 시범사업 신청자 확인 및 대상자 선정
- ② 수집하려는 민감정보의 항목: 장기요양인정등급
- ③ 민감정보의 보유 및 이용 기간: 수집일로부터 10년
- ④ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 낙상예방 재가환경지원 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

3. 개인정보 제3자 제공 내역(필수)

- ① 개인정보를 제공받는 자: 수급자와 계약 체결한 시범사업 시공업체
- ② 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적: 낙상예방 재가환경 서비스 품목 시공
- ③ 제공하는 개인정보의 항목: 성명, 장기요양인정번호, 거주지, 전화번호(또는 휴대전화번호)
- ④ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간: 수집일로부터 10년
- ⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 낙상예방 재가환경지원 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

년 월 일

본인(수급자) 성명

(서명 또는 인)

추가 연락처 기재 시 작성 (선택)

4. 개인정보 수집·이용 내역

- ① 개인정보의 수집·이용 목적: 낙상예방 재가환경지원 대상자 비상연락망 운영
- ② 수집하려는 개인정보의 항목: 연락처(집, 휴대전화번호), 신청인과의 관계
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: 수집일로부터 10년
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 낙상예방 재가환경지원 시범사업 참여를 위한 비상연락망 운영에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의함 ☐ 동의안함 ☐

년 월 일

본인(추가 연락처 대상자) 성명

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 귀중

대표 소유자 선임 동의서 (공동 소유 주택용)

소유권 주소

상기 소유 물건의 공동소유자는 _____을(를) 대표 소유자로 선임하고,
낙상예방 재가환경지원 시범사업과 관련된 주요 업무를 대표 소유자가 행하는 것에
동의합니다.

【낙상예방 재가환경지원 시범사업 관련 주요 업무】

- 낙상예방 재가환경지원 시범사업 서비스제공 신청
- 공단의 주거환경평가 및 시공업체의 주택 현장조사
- 서비스품목에 대한 시공 동의 및 서비스제공(시공) 완료 확인
- 사후관리 및 기타 서비스 이용 관리에 필요한 사항

년 월 일

○ 대표 소유자(선임 수락자)

성 명: (서명 또는 인)
생년월일:
연 락 처:

○ 동의자

① 성 명: (서명 또는 인)
생년월일:
연 락 처:
② 성 명: (서명 또는 인)
생년월일:
연 락 처:

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류

공동 소유자(동의자) 신분증 사본 각 1부.
공동 소유자가 3명 이상인 경우 뒷장에 별도 기재