

인천참사랑병원부설 햇살데이케어센터 급여이용 계약서

## 햇살데이케어센터 이용에 관한 안내 사항

치매 어르신과 그 가족을 대상으로 주간보호 사업을 통해 어르신의 신체적, 정서적, 사회적 기능 상태를 유지 및 향상시키기 위하여 보호 서비스, 전문적인 간호, 재활, 프로그램을 제공하고, 가족에게는 가족지원 프로그램을 통하여 치매 어르신과 가족이 함께 지역사회 내에서 행복하고 가치 있는 노후가 되실 수 있도록 도와드리겠습니다.

### 1) 이용대상

- \* 주간보호 : 치매 진단 어르신.(장기요양등급 3~5등급(주6회), 인지지원등급(주3회))

### 2) 제외대상

- \* 타구로 전출한 어르신(송영이 어려운 어르신)
- \* 치매 또는 질병이 악화되어 이용이 어려우신 어르신.
- \* 주간보호센터를 이용하는 어르신들에게 정서장애나 행동장애의 정도가 심하여 다른 이용 어르신 및 프로그램운영, 이용에 차질을 줄 가능성이 있는 어르신.

### 3) 이용규칙

- \* 매월 이용료 : 장기요양 등급별 일별로 산출하여 본인 부담15%, 9%, 6% + 비급여
- \* 이용료 면제 대상자 : 국민기초 생활 수급 대상자 증명서 (서류 제출) - 장기요양 본인 부담금 면제
- \* 2주 적응 기간을 가진 후 직원 평가 회의를 거쳐 최종적으로 이용 여부에 대한 결정을 가족에게 안내
- \* 본인부담금은 매월 25일까지 아래 계좌번호로 입금 부탁드립니다.

**\*\* 입금계좌번호 : 국민은행 392001-04-340680**

**예 금 주 : 인천참사랑병원 부설 햇살데이케어센터**

- \* 이용시간 : 08:00 - 18:00 (차량 운행 시간 포함)
- \* 사무실 운영 시간 : 08:30 - 17:30
- \* 이용 어르신의 청결과 가정에서의 약물 복용 등 많은 관심을 부탁드립니다.
- \* 귀중품이나 현금 소지하지 않도록 협조 부탁드립니다. 분실시 센터는 책임을 지지 않습니다.

### 4) 이용 신청 시 필요한 서류

|     |                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|
| 공통  | (1) 주민등록증 (2) 장기요양등급인정서 및 표준장기이용계획서<br>(3) 치매진단서 또는 약 처방전 (4) 건강검진결과표 (결핵) |
| 수급자 | (5) 수급자 증명서                                                                |

### 5) 준비물 : 여벌 한 벌(속옷+겉옷), 개인 실내화

궁금하신 사항이나 건의사항이 있으시면 언제든지 연락 바랍니다.

주소 : 인천광역시 서해구 원창로 240번길 6 인천참사랑병원 신관 3층

전화 : 032-582-9111

팩스 : 032-571-9113

인천참사랑병원부설 햇살데이케어센터

## 장기요양급여 이용 표준약관 (주야간보호)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

| 계약당사자                   |        |                                                                                                                               |               |              |
|-------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 이용자<br>(갑)              | 성 명    | (인)                                                                                                                           | 등 급<br>(인정번호) | L-           |
|                         | 생년월일   |                                                                                                                               | 연락처           | 자택)          |
|                         | 주 소    |                                                                                                                               |               |              |
|                         | 기 타    | <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 9%경감대상자 <input type="checkbox"/> 6%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 |               |              |
| 제공자<br>(을)              | 시설명    | 인천참사랑병원부설<br>햇살데이케어센터                                                                                                         | 시설종류          | 치매전담 주간보호    |
|                         | 대표자 성명 | 천영훈 (인)                                                                                                                       | 연락처           | 032)582-9111 |
|                         | 주 소    | 인천시 서해구 원창로240번길 6 신관 3층                                                                                                      |               |              |
| 대리인<br>또는<br>보호자<br>(병) | 성 명    | (인)                                                                                                                           | 관 계           | ‘갑’의 ( )     |
|                         | 생년월일   |                                                                                                                               | 연락처           | 이동전화)        |
|                         | 주 소    |                                                                                                                               |               |              |

**제1조(목적)** 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들 중 장기요양등급을 받은 분들에게 주야간보호급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

### 제2조(계약기간)

① 계약기간은 202   년   월   일부터 202   년   월   일까지로 한다.

② 제1항의 기간은 당사자 간의 협의에 따라 변경할 수 있다.

**제3조(급여범위)** 주야간보호급여는 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여로 한다.

### 제4조(급여이용 및 제공)

① 주야간보호급여 이용 및 제공은 장기요양급여 이용(제공)계획서에 의한다.

② ‘갑’의 주야간보호급여 이용시간은 아래와 같이 한다. 다만, 이 시간은 장기요양요원이 수급자의 가정에 도착했을 때부터 가정에 모셔다 드린 시간까지로 한다.

|      |                                                                                                                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 이용요일 | <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일 |
| 이용시간 | 오전   시   분   ~   오후   시   분                                                                                                                                                                  |

※ 사정에 의해 일시적으로 이용시간을 지키기 어려운 경우 서비스 이용시작 1시간 전에 ‘을’에게 연락을 취해야함.

③ ‘을’의 주야간보호급여 제공시간은 아래와 같다.

|        |    |    |
|--------|----|----|
| 요일     | 시간 | 비고 |
| 월~금, 토 |    |    |

- ④ ‘을’은 익월 장기요양급여 제공을 하고자하는 경우에는 ‘갑’ (또는 ‘을’ )과 협의하여 당월 말일까지 별지 제1호서식의 장기요양급여 이용계획서를 작성하고 장기요양급여 이용계획서에 따라 장기요양급여를 제공 한다.

#### 제5조(계약자 의무)

- ① ‘ 갑’은 다음 각 호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
1. 월 이용료 납부의무
  2. 주야간보호급여 범위내 서비스 이용
  3. 장기요양급여 이용수칙 준수
  4. 기타 ‘을’ 과 협의한 규칙 이행
- ② ‘을’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.
1. 주야간보호급여 제공 계약내용 준수
  2. 급여 제공시간에 ‘ 갑’에게 일어난 신병이상에 대하여 즉시 ‘ 병’에게 통보
  3. ‘ 갑’의 건강상태를 고려한 주야간급여 제공계획을 수립하여 ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )에게 전달하고 성실히 이행.
  4. 급여제공 중 알게 된 ‘ 갑’의 신상 및 질환증에 관한 비밀유지
  5. ‘ 갑’의 식사제공, 이용상담, 이용편익 제공
  6. ‘ 갑’의 건강관리 프로그램 및 활동 제공
  7. 노인학대 예방 및 노인인권 보호 준수
  8. 건물 및 부대시설의 청결 및 유지관리
  9. 기타 ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )의 요청에 협조
- ③ ‘ 병’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.
1. ‘ 갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
  2. ‘ 갑’의 월 이용료 등 입소비용 부담
  3. 인적 사항 및 장기요양보험 등급 변경 시 즉시 ‘을’에게 통보
  4. 기타 ‘을’의 협조요청 이행
  5. ‘ 갑’에 대한 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보

#### 제6조(계약해지 요건)

- ① ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘을’과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
  2. 제3조의 주야간보호급여 범위에 해당하는 서비스를 이행하지 아니한 경우
  3. 제4조제2항의 주야간보호급여 제공시간을 ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )의 동의 없이 ‘을’이 임의로 변경한 경우
- ② ‘을’은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료되거나 사망한 경우
  2. ‘ 갑’이 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우
  3. ‘ 갑’의 건강진단 결과 「감염병의예방및관리에대한법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
  4. ‘ 갑’의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때
  5. 이용계약시 제시된 이용안내를 ‘ 갑’이 정당한 이유 없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때
  6. ‘ 갑’이 월 5회 이상 무단으로 주야간보호급여 이용시간과 장소를 지키지 아니하였을 때

#### 제7조(계약의 해지)

- ① ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )은 제6조제1항의 계약해지 요건이 발생한 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일전에 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결 신청서를 제출하여야 한다. 다만, 기타 부득이한 경우에는 우선 유선으로 할 수 있다.
- ② ‘을’은 제6조제2항에 의한 계약해지 요건이 발생한 경우에는 계약해지 의사를 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결안내서 및 관련 증빙서류와 함께 ‘ 갑’과 ‘ 병’에게 통보하고 충분히 설명해야 한다.
- ③ ‘ 갑’ (또는 ‘ 병’ )은 제1항 및 제2항으로 계약해지가 발생하는 경우에는 주야간보호시설 내에 ‘ 갑’의 개인물품을 인수하여야 한다. 다만, 개인물품을 1개월 이내에 인수하지 않을 경우에는

‘을’은 등기, 택배 등 수신을 확인할 수 있는 방법을 통하여 물품을 ‘갑’ (또는 ‘병’)에게 송달처리 하거나 연락이 되지 않는 경우 폐기한다.

#### 제8조(미이용 비용산정)

- ① ‘을’은 월 15일 이상 급여계약을 체결한 후 ‘갑’의 사정으로 이용하지 아니한 경우에는 월 3일의 범위 안에서 장기요양급여 제공계획서 상 이용예정 급여비용의 50%를 청구할 수 있다.
- ② 제1항의 미이용일에 대한 적용은 평일(월~금요일)기준으로 한다.

#### 제9조(이용료 납부)

- ① 주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준은 별표 1과 같다.
- ② 주야간보호 비급여대상항목 및 기타 실비 수납기준은 별표 2와 같다.
- ③ ‘을’은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 10일에 정산하고 ‘갑’ (또는 ‘병’)에게 10일까지 별지 제3호서식의 장기요양급여 이용료 세부내역서를 통보한다.
- ④ ‘갑’은 매월 이용료를 지정계좌로 25일 납부 한다. 다만, 납부일이 공휴일인 경우에는 그 익일로 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’이 납부한 비용에 대해서 별지 제4호서식의 장기요양급여 납부확인서를 발급한다.

제10조(재계약) 다음 각 호에 해당하는 경우에는 이를 반영한 계약서를 재작성한다.

1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
2. 장기요양 인정등급이 변경된 경우
3. 기타 ‘갑’과 ‘을’이 필요한 경우

#### 제11조(개인물품)

- ① ‘갑’은 주야간보호시설 이용시에는 필요한 개인물품은 ‘갑’이 구비하여야 한다.
- ② ‘을’이 지정한 물품이외의 개인물품을 사용하고자 할 때에는 ‘을’과 협의 하여 사용하여야 한다.

#### 제12조(시설관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’ 또는 ‘병’이 장기요양급여와 관련된 상담 또는 기타 업무처리를 위해 시설을 방문했을 때에 불편함이 없도록 공간을 마련하여야 한다.
- ② ‘을’은 보건, 위생, 방범, 방화 기타 시설이용에 필요한 서비스 제공을 위하여 시설물 관리에 만전을 기해야 한다.

#### 제13조(건강관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 종사자들에게 연 1회 이상 건강진단을 실시하여야 한다.
- ② ‘갑’이 질병으로 인하여 진료가 필요하다고 판단 될 때에는 ‘병’에게 즉시 통보하고 적절한 조치를 취하여야 한다.
- ③ ‘병’은 제2항의 규정에 의한 통보를 받았을 경우에는 신속하게 대처하여야 한다.
- ④ ‘을’이 주야간보호급여 제공도중 ‘갑’에게 상해를 입혔을 경우에는 ‘갑’에게 적절한 조치를 취해야 한다.

#### 제14조(시설물 배상)

- ① ‘갑’은 ‘을’의 시설물에 대하여 그 본래의 용도로 사용해야 하며, ‘갑’에 의한 파손 또는 멸실에 대하여는 ‘갑’ (또는 ‘병’)이 원상회복 하여야 한다.
- ② ‘갑’ 또는 ‘병’이 원상회복을 할 수 없을 때에는 ‘을’은 시설물의 잔존가치 등을 고려하여 실제로 산출한 비용을 그 내역과 함께 제시하고 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이에 대하여 납부하여야 한다.

#### 제15조(위급 시 조치)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 협약의료기관, ‘갑’ (또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만, 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.

- ③ ‘갑’ 이 서비스 이용도중 사망하였을 경우에는 ‘을’ 은 즉시 ‘병’ 에게 통보하고 다른 이용자들이  
동요하지 않도록 조치를 취하여야 한다.

#### 제16조(개인정보 보호의무)

- ① ‘갑’ 은 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.  
② ‘을’ 은 ‘갑’ 의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.  
③ ‘을’ 은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’ 의 개인 정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를  
노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.  
④ ‘을’ 은 개인정보수집 및 활용을 하고자 하는 경우에는 ‘갑’ 에게 별지 제5호서식의 개인정보제  
공 및 활용동의서를 받아야 한다.  
⑤ ‘을’ 은 ‘갑’ 의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

**제17조(기록 및 공개)** 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기  
록하고, ‘갑’ (또는 ‘병’ )이 요구할 경우에는 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

#### 제18조(배상책임)

- ① ‘을’ 은 다음 각 호의 경우에는 ‘갑’ (또는 ‘병’ )에게 배상의무가 있으며 배상책임은 관계규정에  
따른다.
1. 장기요양요원(또는 ‘을’ )이 고의나 과실로 인하여 ‘갑’ 을 부상케 하는 등 건강을 상하게 하거  
나 사망에 이르게 하였을 때
  2. 장기요양요원(또는 ‘을’ )의 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대 및 같은 법 제39조의9  
의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’ 의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 하였을 때
  3. 시설장비 또는 시설관리가 부실하여 ‘갑’ 을 부상케 하거나 사망에 이르게 하였을 때
  4. 요양시설에서 보호하고 있는 중 상한 음식을 제공하는 등 ‘갑’ 의 건강을 상하게 하거나 사망  
에 이르게 하였을 때
- ② 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’ (또는 ‘병’ )은 ‘을’ 에게 배상을 요구할 수 없다.
1. 자연사 또는 질환에 의하여 사망 하였을 때
  2. ‘을’ 이 선량한 주의의무를 다했음에도 임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
  3. 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
  4. ‘갑’ 이 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

#### 제19조(기타)

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.  
② 부득이한 사정으로 소송이 제기될 경우 ‘갑’ (또는 ‘병’ ) 또는 시설이 속한 소재지역의 관할법원  
으로 한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부  
씩 보관기로 한다.

202        년        월        일

상기 내용에 대한 충분한 설명을 ‘갑’과 ‘병’에게 제공하였습니다.

‘을’ 인천참사랑병원부설 햇살데이케어센터 (인)

상기 내용을 읽고 그 내용에 동의합니다.

‘갑’ 이용자 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

# 기초 자료 작성지

일시: 20    년    월    일

|                      |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
|----------------------|----------------------|--------|---------------|----------|---------------|-------------|-----|----|------|------|-----|----|
| 성 명                  |                      | 주민등록번호 |               | 실 제 생 일  | 월    일(음력/양력) |             |     |    |      |      |     |    |
| 일반적 사항               |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 음 주                  |                      | 흡 연    |               | 종 교      |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 과거직업                 |                      | 교육수준   |               | 좋아하는 음식  |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 방문/가족 요양             |                      |        | 희망 이용 날짜(시작일) |          |               | 년    월    일 |     |    |      |      |     |    |
| 가계도                  |                      |        | 방문한 보호자       |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
|                      |                      |        | 주보호자<br>연락처   | ①        |               |             |     |    |      |      |     |    |
|                      |                      |        |               | ②        |               |             |     |    |      |      |     |    |
|                      |                      |        |               | ③        |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 질병상태(해당질병에 표시해주세요)   |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 치매진단시기: 20    년    월 |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 병력                   |                      |        |               | 이용 중인 병원 |               |             |     |    |      |      |     |    |
|                      |                      |        |               | 처방약      |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 고혈압                  |                      |        | 관절염           |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 당뇨                   |                      |        | 골다공증          |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 중풍                   |                      |        | 위장질환          |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 심장질환                 |                      |        | 암             |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 안과질환                 |                      |        | 기타 통증         |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 사고경험                 |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 기타                   |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 약물<br>부작용            | 없다                   | 있다     | 증상 구체적으로      |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
|                      |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 특이체질<br>(알레르기)       | 없다                   | 있다     | 증상 구체적으로      |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
|                      |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |
| 의사소통                 | 다른 사람의 이야기를 전혀 이해 못함 |        |               |          | 요양등급          |             |     |    | 시력   | 좋은   | 나쁨  |    |
|                      | 가끔씩 이해 못함            |        |               |          | 노령연금          |             | Yes | No | 보청기  | Yes  | No  |    |
|                      | 엉뚱한 이야기를 자주함         |        |               |          | 보행            |             | 지팡이 | 워커 | 휠체어  | 의치여부 | Yes | No |
|                      | 다른 사람의 말을 다 알아듣고 이해  |        |               |          | 기저귀           |             | Yes | No | 목욕여부 | Yes  | No  |    |
| 어르신<br>관련<br>참고사항    |                      |        |               |          |               |             |     |    |      |      |     |    |

# 인천참사랑병원부설 햇살데이케어센터 입소 신청서

|                  |             |                                                                                                                                                                       |               |              |
|------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 입소<br>대상자        | 성 명         | (인)                                                                                                                                                                   | 등 급<br>(인정번호) |              |
|                  | 주민등록번호      |                                                                                                                                                                       | 연락처           | 자택)          |
|                  | 주 소         |                                                                                                                                                                       |               |              |
|                  | 자격여부        | <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자                                                                       |               |              |
|                  | 실제<br>거주 상황 | <input type="checkbox"/> 가정보호(구체적인 거쳐: )<br><input type="checkbox"/> 병원입원(병원명: ,위치: )<br><input type="checkbox"/> 타시설입소(시설명: ,위치: )<br><input type="checkbox"/> 기타( ) |               |              |
|                  | 성별          |                                                                                                                                                                       | 종교            |              |
|                  | 특이사항        |                                                                                                                                                                       |               |              |
| 대리인<br>또는<br>보호자 | 성 명         | (인)                                                                                                                                                                   | 관 계           | ‘갑’의 ( )     |
|                  | 생년월일        |                                                                                                                                                                       | 연락처           | 자택)<br>이동전화) |
|                  | 주 소         |                                                                                                                                                                       |               |              |
|                  | 성 명         | (인)                                                                                                                                                                   | 관 계           | ‘갑’의 ( )     |
|                  | 생년월일        |                                                                                                                                                                       | 연락처           | 자택)<br>이동전화) |
|                  | 주 소         |                                                                                                                                                                       |               |              |

상기와 같이 인천참사랑병원부설 햇살데이케어센터에 입소를 신청합니다.

년 월 일

주보호자(신청자) (서명/날인)

## 개인정보 제공 및 활용 동의서

성 명 : (생년월일 : )

주 소 :

### 1. 수집대상정보

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

### 2. 수집정보의 활용범위

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

20    년    월    일

이 용 자 : (인)

## 투약 의뢰서

성명

증상

# 약의 종류

|                 |
|-----------------|
| 투약시간<br>/ 식후 여부 |
|-----------------|

비교

위와 같이 투약해주시기 바라며 투약으로 인한 책임은 의뢰자가 집니다.

20       년                 월                 일

의뢰자                                      (인)

20      년                      일                      일

의뢰자 (인)

## ※ 2026년 장기요양 급여 본인부담금 안내 ※

### 1. 재가급여 월 한도액

| 등급   | 1등급        | 2등급        | 3등급        | 4등급        | 5등급        | 인지지원등급   |
|------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| 월한도액 | 2,512,900원 | 2,331,200원 | 1,528,200원 | 1,409,700원 | 1,208,900원 | 676,320원 |

★ 치매전담형 이용시 [8시간/15일 이상] 이용하면 월 한도액 50% 증액

★ 인지지원등급의 경우 [8시간/9일 이상] 이용하면 월 한도액 30% 증액

### 2. 경감대상자

| 구분   | 일 반 대 상 자      |                 |                 | 기타 의료급여수급권자 | 국민기초생활보장법에<br>따른 의료급여수급권자 |
|------|----------------|-----------------|-----------------|-------------|---------------------------|
|      | 건강보험료<br>50%초과 | 건강보험료<br>25~50% | 건강보험료<br>25% 이내 | 경감대상자       |                           |
| 재가급여 | 15%            | 9%              | 6%              | 7.5%        | 면제                        |

### 3. 치매전담형 주야간보호센터 일 급여비용

| 구분            | 등급    | 치매전담실  |           |           |            |
|---------------|-------|--------|-----------|-----------|------------|
|               |       | 일 급여비용 | 본인부담금(6%) | 본인부담금(9%) | 본인부담금(15%) |
| 6시간~<br>8시간   | 3등급   | 60,290 | 3,620     | 5,430     | 9,040      |
|               | 4등급   | 58,260 | 3,500     | 5,240     | 8,740      |
|               | 5-6등급 | 56,170 | 3,370     | 5,060     | 8,430      |
| 8시간~<br>10시간  | 3등급   | 75,010 | 4,500     | 6,750     | 11,250     |
|               | 4등급   | 72,980 | 4,380     | 6,570     | 10,950     |
|               | 5-6등급 | 70,890 | 4,250     | 6,380     | 10,640     |
| 10시간~<br>13시간 | 3등급   | 82,700 | 4,960     | 7,450     | 12,410     |
|               | 4등급   | 80,600 | 4,840     | 7,250     | 12,090     |
|               | 5-6등급 | 78,550 | 4,710     | 7,070     | 11,780     |

### 4. 월 이용액 = [본인부담금(%) + 식간식비(식비 3,500원 + 간식비 1,000원)] \* 이용일수

| 본인부담금                 | 식비                   | 간식비                        | 합계               |
|-----------------------|----------------------|----------------------------|------------------|
| 본인부담금 %별 금액<br>× 이용일수 | 3,500원(1식)<br>× 이용일수 | 간식 500원(1회) × 2회<br>× 이용일수 | 본인부담금<br>+ 식·간식비 |