

# 장기요양 급여계약통보서 관련 서식

- 장기요양기관 입소·이용 신청서
- 장기요양기관 입소·이용 의뢰서
- 재가서비스 이용내역서
- 장기요양 급여계약통보서(방문요양 방문목적 방문간호 복지용구)
- 장기요양 급여계약통보서(시설 주야간 단기)
- 장기요양 급여계약통보서 인터넷 열람 신청서
- 장기요양 급여계약통보서 인터넷 열람 취소 신청서

장기요양기관 입소·이용신청서[ ] 신규신청 [ ] 갱신 [ ] 변경 [ ] 해지

※ [ ] 에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

|      |                   |                                                                                      |      |          |             |       |  |
|------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-------------|-------|--|
| 접수번호 |                   | 접수일자                                                                                 |      | 처리기간     |             | 7일 이내 |  |
| 신청인  | 성명                |                                                                                      | 생년월일 |          | 수급자와의<br>관계 |       |  |
|      | 주소                |                                                                                      |      |          |             |       |  |
|      | 전화번호              | (휴대전화: )                                                                             |      |          |             |       |  |
| 수급자  | 성명                |                                                                                      |      | 주민등록번호   |             |       |  |
|      | 장기요양<br>등급        |                                                                                      |      | 장기요양인정번호 |             |       |  |
|      | 주소                |                                                                                      |      |          |             |       |  |
|      | 전화번호              | (휴대전화: )                                                                             |      |          |             |       |  |
|      | 입소이용 희망<br>장기요양기관 |                                                                                      |      |          |             |       |  |
|      | 구분                | [ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람<br>[ ] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람 |      |          |             |       |  |

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제13조에 따라 장기요양기관 입소·이용을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

※ 신청인이 수급자 본인·가족, 사회복지전담공무원, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정  
한 자 외의 이해관계인인 경우에는 수급자의 동의를 받아야 합니다.

수급자(또는 보호자): (서명 또는 인)

○○ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

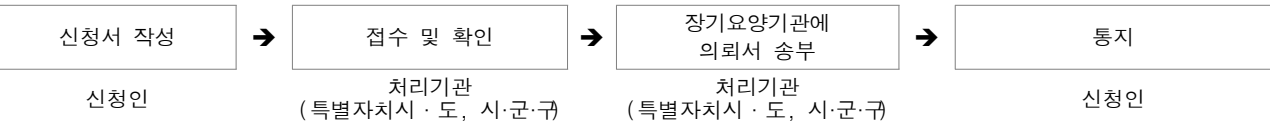
|                |                                                                                                                             |     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 신청인<br>제출서류    | 장기요양인정서 사본                                                                                                                  | 수수료 |
| 담당 공무원<br>확인사항 | 1. 주민등록표 등·초본<br>2. 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여수급자 증명서,<br>「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료보호증 | 없 음 |

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용 및 사회복지통합전산망을 통하여 위의  
담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. \*동의하지 아니하거나 확인이 되지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여  
야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처 리 절 차



장기요양기관 입소·이용의뢰서

| 발급번호        |             | 발급일                              |          |
|-------------|-------------|----------------------------------|----------|
| 수급자         | 성명          |                                  | 생년월일     |
|             | 장기요양등급      |                                  | 장기요양인정번호 |
|             | 주소          |                                  |          |
|             | 전화번호 (휴대전화) |                                  |          |
| 보호자         | 성명          | 신청인과의 관계                         | 전화번호     |
| 대리인         | 성명          |                                  | 주민등록번호   |
|             | 유형          | 1. 가족·친족·이해관계인(신청인과의 관계: )       |          |
|             |             | 2. 사회복지전담공무원 3. 시장·군수·구청장이 지정한 자 |          |
|             | 주소          |                                  |          |
| 전화번호 (휴대전화) |             |                                  |          |
| 비용 부담주체     | 시·군·구       |                                  | 협약번호     |
| 급여개시 일자     |             |                                  |          |

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제13조에 따라 위 수급자의 귀 장기요양기관 입소·이용을 의뢰합니다.

년 월 일

○○○ 시장·군수·구청장

직인

장기요양기관장 귀하

※ 시·군·구 담당과: 담당자: 전화번호:

<입소·이용의뢰 장기요양기관 현황>

- 장기요양기관 명칭:
- 장기요양기관 기호:
- 장기요양기관 주소:
- 장기요양기관 전화번호:

■ 노인보건복지 사업안내

| 재가서비스 이용내역서          |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|----------------------|------------|-----------|------|------|--------------|-------------|--------------|--------------|--|
| 수급자                  | 성명         |           |      |      | 생년월일         |             |              |              |  |
|                      | 장기요양<br>등급 |           |      |      | 장기요양<br>인정번호 |             |              |              |  |
| 급여<br>이용<br>내용       | 급여종류       |           | 재가급여 |      | 이용기간         |             | ~            |              |  |
|                      | 서비스<br>종류  | 서비스<br>내용 | 수가   | 횟수/월 | 금액/월         | 이용희망기관      |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              | 장기요양<br>기관명 | 장기요양<br>기관기호 |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      | 합 계        |           | (원)  |      |              |             |              |              |  |
| 복지<br>용구<br>이용<br>내용 | 품목명        | 제품<br>코드  | 급여방식 |      | 대여기간         | 금 액         | 이용희망기관       |              |  |
|                      |            |           | 구입   | 대여   |              |             | 장기요양<br>기관명  | 장기요양<br>기관기호 |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      |            |           |      |      |              |             |              |              |  |
|                      | 합 계        |           | (원)  |      |              |             |              |              |  |

장기요양급여 계약통보서(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 복지용구)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다. (앞 쪽)

|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|---------------------|------------------|-----|-------|----|---------------|----------|-------------|---------|----------|
| 접수번호                |                  | 접수일 |       |    |               |          |             |         |          |
| ①<br>수급자            | 수급자 성명           |     |       |    |               | 생년월일     |             |         |          |
|                     | 장기요양등급           |     |       |    |               | 장기요양인정번호 |             |         |          |
| ②<br>계약<br>당사자      | 장기요양기관명          |     |       |    |               | 장기요양기관기호 |             |         |          |
|                     | 계약자 성명           |     |       |    |               | 수급자와의 관계 |             |         |          |
|                     | 전화번호<br>(이동전화번호) |     |       |    |               | 계 약 일    |             |         |          |
|                     | 급여개시일            |     |       |    |               | 계약기간 ~   |             |         |          |
| ③<br>급여 계약<br>내용    | 급여 종류            |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     | 월                | 일   | 이용시간  | 수가 | 횟수/월          | 금액/월     | 요양보호사/간호사   |         |          |
|                     |                  |     |       |    |               |          | 성명          | 자격/면허번호 | 수급자와의 관계 |
|                     |                  | ~   | ~     |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  | ~   | ~     |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  | ~   | ~     |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  | ~   | ~     |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  | ~   | ~     |    |               |          |             |         |          |
| 합계                  |                  | (원) |       |    |               |          |             |         |          |
| ④<br>복지용구<br>계약 내용  | 품목명              |     | 제품 코드 |    | 급여방식<br>구입 대여 |          | 계약일(또는 기간)  |         | 금액       |
|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     | 합계               |     |       |    | (원)           |          |             |         |          |
| ⑤<br>비 급 여<br>계약 내용 | 항목               |     | 기간    |    | 단가/일          |          | 개수(또는 일수)/월 |         | 금액       |
|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     |                  |     |       |    |               |          |             |         |          |
|                     | 합계               |     |       |    | (원)           |          |             |         |          |

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 수급자와 체결한 계약 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

장기요양기관의 장(대표자)

년 월 일  
(서명 또는 인)

담당자:                      연락처:                      E-mail:

국민건강보험공단 이사장 귀하

## 작성방법

## ① 수급자

- 수급자성명, 생년월일, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.

## ② 계약당사자

- 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.
- 계약자의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(이동전화번호)를 적습니다.
- 계약일 : 계약을 체결한 날짜를 적습니다.
- 급여개시일 : 수급자와 장기요양기관이 최초 급여계약을 체결 후 급여를 시작한 날짜를 적습니다.
- 계약기간 : 급여종류별 전체 계약기간(계약 초일과 종료일)을 적습니다.

## ③ 급여계약내용

- 급여종류 : 수급자와 계약이 체결된 급여종류별로 작성합니다.
- 월 : 전체 계약기간 중 서비스 제공월을 적습니다.
- 일 : 해당 월의 서비스 제공일을 적습니다. 서비스 이용시간과 서비스제공 요양보호사(간호사)가 동일한 경우에는 한 줄에 기록합니다.
- 이용시간 : 서비스 제공 시작시간과 종료시간을 24시간 단위로 적습니다(예 : 18:00 ~ 20:00).
- 수가 : 보건복지부장관이 고시한 장기요양 급여비용을 방문당 또는 시간당, 1일당 등 해당하는 수가로 적습니다.
- 횟수/월 : 해당수가의 월 제공횟수를 적습니다.
- 금액/월 : 수가별 월 횟수에 대한 총 급여비용을 적습니다.
- 요양보호사/간호사 : 급여를 제공한 요양보호사/간호사의 성명과 자격/면허번호를 적습니다. 2명이 방문한 경우에는 2명을 모두 적습니다.  
한편, "수급자와의 관계"는 수급자의 "배우자, 직계혈족 및 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매"에 해당하는 요양보호사가 방문요양 및 방문목욕 급여를 제공하는 경우에만 그 관계를 적습니다.
- 합계 : 계약기간 내 월별 금액의 총 금액을 적습니다.

## ④ 복지용품 계약내용

- 품목명 : 해당 제품의 품목명을 적습니다.
- 제품 코드 : 복지용품 고시에 명시되어 있는 제품 코드를 적습니다.
- 급여방식 : 해당 제품의 구입 또는 대여 여부를 구분하여 건수를 적습니다.
- 계약일(또는 기간) : 구입인 경우 계약일(또는 기간)을 적고, 대여인 경우 대여기간(개시일과 종료일)을 적습니다.
- 금액 : 품목별 계약일(계약기간)에 해당하는 총 급여비용을 적습니다.
- 합계 : 품목별 계약기간 동안 발생하는 총 금액의 합계를 적습니다.

## ⑤ 비급여 계약내용

- 항목 : 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조제1항에 따른 비급여 항목을 적습니다.
- 기간 : 해당 비급여 항목에 대한 제공기간을 적습니다.
- 단가/일 : 해당 비급여 항목에 대한 일일 단가를 적습니다.  
(예시 : 1식 당 식재료비가 1,500원이고 1일 3식일 경우, 단가는 4,500원으로 작성)
- 개수(또는 일수)/월 : 비급여 항목별 개수, 일수 또는 횟수 등으로 적습니다.
- 금액 : 항목별 총 금액을 적습니다.
- 합계 : 항목별 총 금액의 합계를 적습니다.

## 유의사항

1. 급여종류별로 각각의 장기요양급여 계약통보서를 작성합니다.
2. 같은 월에 다른 수가의 동일한 급여를 이용할 경우 "③급여계약내용"의 줄을 바꿔서 작성하며, 작성란이 부족할 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

장기요양급여 계약통보서(시설급여, 주·야간보호, 단기보호)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다. (앞쪽)

|      |     |
|------|-----|
| 접수번호 | 접수일 |
|------|-----|

|          |        |          |
|----------|--------|----------|
| ①<br>수급자 | 성명     | 생년월일     |
|          | 장기요양등급 | 장기요양인정번호 |

|            |           |          |
|------------|-----------|----------|
| ②계약<br>당사자 | 장기요양기관명   | 장기요양기관기호 |
|            | 계약자 성명    | 수급자와 관계  |
|            | 전화번호(휴대폰) | 계약일자     |
|            | 급여개시일자    | 계약기간 ~   |

|                 |      |       |     |      |      |
|-----------------|------|-------|-----|------|------|
| ③급여<br>계약<br>내용 | 급여종류 |       |     |      |      |
|                 | 월    | 서비스분류 | 수가  | 횟수/월 | 금액/월 |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 |      |       |     |      |      |
|                 | 합계   |       | (원) |      |      |

|                      |    |     |      |          |    |
|----------------------|----|-----|------|----------|----|
| ④<br>비급여<br>계약<br>내용 | 항목 | 기간  | 단가/일 | 개수(일수)/월 | 금액 |
|                      |    |     |      |          |    |
|                      |    |     |      |          |    |
|                      | 합계 | (원) |      |          |    |

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 수급자와 체결한 계약서의 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

담당자:                      연락처:                      E-mail:

국민건강보험공단 이사장 귀하

## 작성방법

### ① 수급자

- 수급자 성명, 생년월일, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.

### ② 계약당사자

- 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.
- 계약자의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(휴대폰)를 적습니다.
- 계약일자: 계약을 체결한 날짜를 적습니다.
- 급여개시일자: 수급자와 장기요양기관이 최초급여계약을 체결 후 급여를 시작한 일자를 적습니다.
- 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간(계약초일과 종료일)을 적습니다.

### ③ 급여계약내용

- 급여종류: 수급자와 계약이 체결된 급여종류별로 작성합니다.
- 월: 전체 계약기간을 월별로 나누어 적습니다.
- 서비스 분류: 서비스제공내역(시간 등)별 수가 분류를 적습니다.
- 수가: 보건복지부장관이 고시한 장기요양 급여비용을 방문당 또는 시간당, 1일당 등 해당하는 수가로 적습니다.
- 횟수/월: 수가별 월 총 횟수를 적습니다.
- 금액/월: 수가별 월 횟수에 대한 총 급여비용을 적습니다.
- 합계: 계약기간 내 월별 금액의 총 금액을 적습니다.

### ④ 비급여 계약내용

- 항목: 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조제1항에 따른 비급여 항목을 적습니다.
- 기간: 해당 비급여 항목에 대한 제공기간을 적습니다.
- 단가/일: 해당 비급여 항목에 대한 일일 단가를 적습니다.  
(예시: 1식 당 식재료비가 1,500원이고 1일 3식일 경우, 단가는 4,500원으로 작성)
- 개수(일수)/월: 비급여 항목별 개수, 일수 또는 횟수 등으로 적습니다.
- 금액: 항목별 총 금액을 적습니다.
- 합계: 항목별 총 금액의 합계를 적습니다.

## 유의사항

1. 급여종류별로 각각의 계약통보서를 작성합니다.
2. 같은 월에 다른 수가의 동일한 급여를 이용할 경우 “③급여계약내용”의 줄을 바꿔서 작성하며, 작성란이 부족할 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

## 장기요양급여 계약통보서 열람 신청서

※ 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

|   |    |    |     |
|---|----|----|-----|
| 결 | 담당 | 차장 | 부 장 |
| 재 |    |    |     |

|                |                                                                 |                 |          |              |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------|----------|--------------|
| ① 신청인          | 성명                                                              |                 | 생년월일     |              |
|                | 수급자와의<br>관계                                                     |                 | 전화<br>번호 | 자택전화<br>휴대전화 |
|                | 주소                                                              |                 |          |              |
| ② 수급자의<br>인적사항 | 성명                                                              |                 | 장기요양인정번호 |              |
|                | 자택전화번호                                                          |                 | 휴대전화번호   |              |
|                | 주소                                                              | 행정 주민등록 주소지를 기재 |          |              |
| ③ 신청내용         | 노인장기요양보험 홈페이지에서 ○○○의 장기요양급여<br>계약통보서 등록 자료를 조회할 수 있도록 열람 신청합니다. |                 |          |              |

「개인정보보호법」제35조제1항에 따라 위와 같이 수급자의 장기요양급여 계약통보서 관련 내용을 열람 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장( 운영센터) 귀하

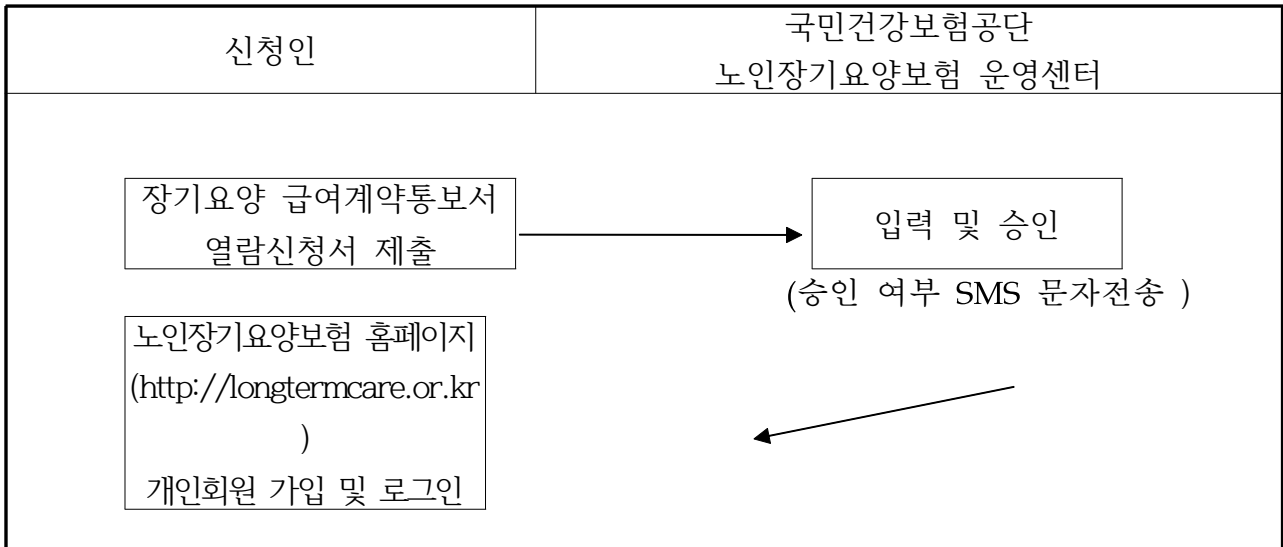
### 처 리 결 과

|        |                                                          |
|--------|----------------------------------------------------------|
| 신청인 확인 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오  |
| 신청접수일자 | 년 월 일                                                    |
| 전산입력일자 | 년 월 일                                                    |
| 열람승인여부 | <input type="checkbox"/> 인정 <input type="checkbox"/> 불인정 |

붙임서류 1. 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부. 끝.

(뒷면)

신청하신 서비스는 다음과 같이 처리됩니다. (처리기간은 7일 정도 소요됩니다)



<서비스 이용 유의사항>

① 열람신청자의 공인인증서가 꼭 필요합니다.

- 개인정보 보호를 위해 공인인증서 없이 이용은 불가능합니다.

② 열람신청은 원칙적으로 급여계약통보서상의 계약자로 등록된 수급자의 가족에 한하여 가능 합니다.

- 단, 급여계약통보서상의 계약자가 수급자의 가족이 아닌 경우에는 수급자의 배우자 또는 직계혈족도 가능합니다.

③ 아래의 내용을 열람할 수 있습니다.

- 장기요양기관별, 월별(일자별)계약내역...급여종류별 세부 계약내역
- 계약기간, 제공일시, 요양보호사별 방문일정, 비용 등

④ 열람신청서는 우편 또는 방문, 팩스로 공단에 제출합니다.

- 신청서는 노인장기요양보험 홈페이지- 자료실에서 다운받을 수 있으며 공단에 연락주시면 신청서 교부 및 제출서류, 신청방법 등에 대하여 자세히 안내해 드립니다.

## 장기요양급여 계약통보서 열람취소 신청서

※ 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

|        |    |    |     |
|--------|----|----|-----|
| 결<br>재 | 담당 | 차장 | 부 장 |
|        |    |    |     |

| ① 수급자                                                                                                                 | 성명                                                      |  | 장기요양인정번호 |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|----------|------|--|
|                                                                                                                       | 연락처                                                     |  | 제출신분증    |      |  |
|                                                                                                                       | 주소                                                      |  |          |      |  |
| ② 취소사유                                                                                                                |                                                         |  |          |      |  |
| ③ 신청인                                                                                                                 | 성명                                                      |  | 생년월일     |      |  |
|                                                                                                                       | 수급자와의<br>관계                                             |  | 전화<br>번호 | 주택전화 |  |
|                                                                                                                       |                                                         |  | 휴대전화     |      |  |
|                                                                                                                       | 주 소                                                     |  |          |      |  |
| <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">           년 월 일<br/><br/>           신청자 (서명 또는 인)         </div> |                                                         |  |          |      |  |
| 처리결과                                                                                                                  |                                                         |  |          |      |  |
| 접수일자                                                                                                                  | 년 월 일                                                   |  |          |      |  |
| 신청인 확인                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |  |          |      |  |
| 처리일자                                                                                                                  | 년 월 일                                                   |  |          |      |  |
| 국민건강보험공단                  지사장(                  운영센터)    귀하                                                           |                                                         |  |          |      |  |