※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Please note that the translation is for reference only when applying for a civil petition, and must be submitted in Korean using the existing Korean format.

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제1호의2서식] <개정 2022. 12. 30.>

■ Enforcement Regulations of the Long-Term Care Insurance Act [Attached Form No. 1-2] (Amended Dec. 30, 2022)

[ ] 장기요양인정 신청서
[ ] Application for Long-Term Care Certification
[ ] 장기요양인정 갱신신청서
[ ] Application for Renewal of Long-Term Care Certification
[ ] 장기요양등급 변경신청서
[ ] Application for Change of Long-Term Care Classification
[ ] 장기요양 급여종류·내용 변경신청서
[ ] Application for Change of Long-Term Care Benefit Type/Details

※ 3쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시고, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.
※ Refer to the notes/instructions on page 3 before completing the form. The shaded sections are for official use only and are NOT to be filled out by the applicant.

접수번호 Application No.	접수일시 Date/Time of Application	처리기간 Processing Period:	30일 30 days

신청인 (수급자) Applicant (Beneficiary)	①성명 ① Name	②주민등록번호 ② Resident Registration Number
	③주민등록지 ③ Resident Registration Address	
	④실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다. ④ Actual Residence (Do not fill out if it is the same as the Resident Registration address):	
	⑤전화번호(또는 휴대전화번호) ⑤ Phone (landline or mobile)	
대리인 Legal Representative	⑥성명 ⑥ Name	⑦주민등록번호 ⑦ Resident Registration Number

	⑧주소 ⑧ Address	
	⑨전화번호(또는 휴대전화번호) ⑨ Phone (landline or mobile)	
	⑩유형 ⑩ Type	1. [ ] 가족 [ ] 친족 [ ] 이해관계인 (신청인과의 관계:) 1. [ ] Family [ ] Relative [ ] Interested party (Relationship to applicant:) 2. [ ] 사회복지전담공무원 2. [ ] Social welfare officer 3. [ ] 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 3. [ ] Head of a dementia safety center (only if the applicant is a dementia patient) 4. [ ] 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람 4. [ ] Person designated by the respective mayor, provincial governor, governor, or district head
보호자 Guardian	[ ] 보호자 있음 [ ] 보호자 없음 [ ] Guardian assigned [ ] No guardian ※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다. ※ Do not fill out if the guardian is the same as the legal representative or if there is no guardian.	
	⑪성명 ⑪ Name	⑫신청인과의 관계 ⑫ Relationship to applicant
	⑬주소 ⑬ Address	
	⑭전화번호(또는 휴대전화번호) ⑭ Phone (landline or mobile)	

☞ **뒤쪽에 작성란이 있습니다.**

☞ See reverse side to fill in additional information.

210 mm × 297 mm (80 g/m^2 white paper)

우편물 수령지 Mail Recipient	⑮수령인 ⑮ Recipient	[ ] 신청인(본인) [ ] Applicant (self)	[ ] 보호자(대리인과 동일한 경우) [ ] Guardian (if the same as the legal representative)
	⑯수령지 ⑯ Mailing Address	[ ] 주민등록지 [ ] Resident Registration address [ ] 보호자 주소지 [ ] Guardian's address	[ ] 실제 거주지 [ ] Actual residence

⑰ 변경신청 시 사유

⑰ Reason for Change Request

⑱ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오

⑱ 1. Does the applicant have an infectious disease? [ ] Yes [ ] No

2. 정신 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오

2. Does the applicant have a mental disorder? [ ] Yes [ ] No

「노인장기요양보험법」 제13조, 제20조부터 제22조까지 및 같은 법 시행규칙 제2조, 제8조부터 제10조까지의 규정에 따라 위와 같이 신청합니다.

I hereby apply as stated above in accordance with Articles 13, 20, 21, and 22 of the Long-Term Care Insurance Act and Articles 2, 8, 9, and 10 of the Enforcement Regulations of the same Act.

년 월 일

YYYY MM DD

신청인 (서명 또는 인)

Applicant (Signature or Seal)

대리인 (서명 또는 인)

Legal Representative (Signature or Seal)

국민건강보험공단 이사장 귀하

Submitted to Director of the National Health Insurance Service

첨부서류 Attachment(s)	1. 신분증 1. Identification 가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부 a. If applying personally: One copy of the applicant's ID 나. 대리인이 신청하는 경우 b. If the legal representative is applying ① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 ① For a family member, relative, or interested party: One copy of the legal representative's ID ② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 ② For a social welfare officer: One copy of the ID proving the officer's status ③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 ③ For the head of a dementia safety center (only if the applicant is a dementia patient): One copy of the legal representative's ID and one document proving their position as the head of a dementia safety center ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부 ④ For a person designated by the respective mayor, provincial governor, governor, or district head: One copy of the designation form as a legal representative (Attached Form No. 9) 2. 별지 제2호서식의 의사소견서 1부(신청서와 함께 제출하지 않고 추후에 제출할 수 있으며,「노인장기요양보험법 시행령」제6조에 해당하는 경우와 급여종류·내용 변경신청 시에는 제출하지 않습니다) 2. One copy of the medical opinion form (Attached Form No. 2) (may be submitted later and is not required for applications under Article 6 of the Enforcement Decree of the Long-Term Care Insurance Act or for changes to the type or details of benefits) 3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부(65세 미만인 사람으로서 장기요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다) 3. One copy of a certificate proving a geriatric disease (only applicable if the applicant is under 65 years old and did not submit the medical opinion form (Attached Form No. 2) when applying for Long-Term Care Certification)

※ 아래 내용은 서식 작성 시 필요한 사항을 안내하는 부분으로 접수・보관되지 않습니다.

※ The following section provides necessary information for completing the form and will not be retained upon submission.

작성방법 및 유의사항
Instructions and Notes

<작성방법>

Instructions

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

Mark the appropriate box on the application with a check mark (√).

※ 65세 미만인 사람은 다음의 노인성 질병이 있는 경우에만 신청할 수 있습니다.

※ Persons under 65 years old may only apply if they have the following geriatric diseases:

○ 치매(F00*, F01, F02*, F03), 알츠하이머병(G30), 뇌혈관질환(I60~I67, I68*, I69), 파킨슨병(G20), 이차성 파킨슨증(G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*)

○ Dementia (F00*, F01, F02*, F03), Alzheimer's disease (G30), cerebrovascular disease (I60–I67, I68*, I69), Parkinson's disease (G20), secondary parkinsonism (G21), and parkinsonism in other diseases classified elsewhere (G22*)

○ 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12), 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13*), 기저핵의 기타 퇴행성 질환(G23), 다발경화증(G35), 진전(震顫)(R25.1), 중풍후유증(U23.4)

○ Spinal muscular atrophy and related syndromes (G12), systemic atrophies primarily affecting the central nervous system (G13*), other degenerative diseases of the basal ganglia (G23), multiple sclerosis (G35), tremors (R25.1), and sequelae of a cerebrovascular disease (U23.4)

- 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우
- Application for Long-Term Care Certification: For those applying to receive long-term care certification.
- 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 전에 갱신신청하는 경우
- Application for Renewal of Long-Term Care Certification: For those seeking to renew their certification before the expiration date to continue receiving long-term care benefits.
- 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우
- Application for Change of Long-Term Care Classification: For those seeking to change their classification due to improvement or deterioration in physical or mental condition.
- 장기요양 급여종류・내용 변경신청: 장기요양급여의 종류・내용을 변경하려는 경우
- Application for Change of Long-Term Care Benefit Type/Details: For those seeking to change the type or details of their long-term care benefits.

①~⑤: 신청인의 성명, 주민등록번호, 주민등록지, 실제 거주지(주민등록주소와 다른 경우), 전화번호를 적습니다.

① through ⑤: Fill in the applicant's name, Resident Registration Number, Resident Registration address, actual residence (if different from the Resident Registration address), and phone number.

※ 신청인(본인) 란에는 장기요양급여를 받으려는 사람을 적습니다.

※ The “Applicant” (self) field is for the person who intends to receive long-term care benefits.

※ 실제 거주지는 방문조사 및 등급판정 결과 등 각종 우편물 수령지이므로 향후 실제 거주지 변경이 있는 경우 공단에 신고해야 합니다.

※ The actual residence is important for receiving various mail, such as on-site survey results and classification determinations. Therefore, any change in the actual residence must be reported to the public corporation.

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑥ through ⑨: Fill in the legal representative's name, Resident Registration Number, address, and phone number.

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

※ Only if applicable.

⑩: 대리인의 유형을 1~3번 중 해당되는 곳에 √표를 합니다.

⑩: Indicate the type of legal representative with a check mark (√), choosing from 1 to 3.

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

1. Family, relative, and interested party: Specify the relationship to the applicant.

- 가족:「민법」제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- Family: As defined in Article 779 of the Civil Act, this includes the spouse, lineal blood relatives, siblings, spouse of a lineal blood relative, spouse's lineal blood relative, and spouse's siblings.
- 친족:「민법」제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
- Relative: As defined in Article 777 of the Civil Act, this includes blood relatives within the eighth degree and relatives by marriage within the fourth degree, including the spouse.
- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람
- Interested party: Includes neighbors and others who are not family or relatives.

2. 사회복지전담공무원:「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에 따른 사회복지전담공무원

2. Social welfare officer: As defined under the Act on the Use and Provision of Social Security Benefits and Search for Eligible Beneficiaries.

3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다):「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장

3. Head of a dementia safety center (only if the applicant is a dementia patient): As defined under the Dementia Management Act.

4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람: 가족, 친족, 이해관계인 또는 사회복지전담공무원이 장기요양인정신청 등을 할 수 없는 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정하는 사람

4. Person designated by the respective mayor, provincial governor, governor, or district head: For cases where family, relatives, interested parties, or social welfare officers cannot apply for long-term care certification.

⑪~⑭: 보호자 유무에 √표를 하고, 보호자의 성명, 신청인과의 관계, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑪ through ⑭: Indicate with a check mark (√) whether a guardian is assigned, and if so, fill in the guardian's name, relationship to the applicant, address, and phone number.

※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다.

※ Do not fill out if the guardian is the same as the legal representative or if there is no guardian.

⑮~⑯: 우편물 수령인 및 수령지를 선택하고, 향후 수령지 변경을 희망할 경우 공단에 신고해야 합니다.

⑮ and ⑯: Select the mail recipient and address, and report any future changes in the recipient's address to the public corporation.

※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 보호자로 한정합니다.

※ The mail recipient is limited to the applicant (self) or guardian.

⑰: 장기요양등급 또는 급여종류·내용의 변경을 신청한 경우에는 사유를 간략하게 적습니다.

⑰: Briefly state the reason if you are applying for a change in long-term care classification or benefit type/details.

⑱: 신청인의 전염성 질환 및 정신 질환 보유 여부에 √표를 합니다(최근 6개월 이내 전염성 질환 및 정신 질환으로 치료를 받았거나 치료 중인 경우 표시합니다).

⑱: Indicate with a check mark (√) whether the applicant has an infectious disease or mental disorder (indicate if the applicant has been treated for an infectious disease or mental disorder within the last six months).

<유의사항>

Notes

①: 장기요양인정, 갱신 신청을 하는 경우 공단이 제공한 의사소견서 발급의뢰서를 의료기관에 제출해야 합니다.

①: If applying for long-term care certification or renewal, you must submit the request form for a medical opinion issued by the public corporation to a medical institution.

②: 장기요양 수급자로 결정되면 다른 법령에 따른 사회보장급여의 중복수급이 제한될 수 있습니다.

②: If a determination is made for you to be a recipient of long-term care, any duplicate provision of social security benefits under other laws may be restricted.

③:「노인장기요양보험법」제15조제4항에 따라 거짓이나 그 밖의 부정한 방법 등으로 장기요양인정을 받은 것으로 의심되는 경우 공단은 인정조사를 실시하여 다시 등급판정을 할 수 있습니다.

③: According to Article 15(4) of the Long-Term Care Insurance Act, if it is suspected that long-term care certification was obtained through false or fraudulent means, the public corporation may conduct an investigation and re-determine the classification.

처 리 절 차
Processing Procedure

신청서 작성 Complete Application Form	→	접수 및 확인 Submission & Verification	→	방문조사 및 등급판정 On-site Survey & Determination of Classification	→	장기요양등급 등 결과 통보 Notification of Long-Term Care Classification, etc.	→	장기요양급여 이용 Utilization of Long-Term Care Benefits
신청인 Applicant		처리기관 (국민건강보험공단) Processing Agency (National Health Insurance Service)		처리기관 (국민건강보험공단) Processing Agency (National Health Insurance Service)		처리기관 (국민건강보험공단) Processing Agency (National Health Insurance Service)		신청인 Applicant