※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.

※ Ushbu tarjimadan ariza topshirayotganingizda qo‘llanma sifatida foydalanishingiz mumkin bo‘lib, arizani koreys tilida koreys blankasini to‘ldirib, topshirishingiz kerak ekanligini yodda tuting.

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

■ “Keksalar uchun uzoq muddatli sug‘urta to‘g‘risida”gi qonunni ijro etish qoidalari [qo‘shimcha 1-sonli ilovaning 2-blank shakli] <O‘zgarish kiritilgan sanasi 2022-12-30>

[ ] 장기요양인정 신청서
[ ] Uzoq muddatli parvarishni tan olish uchun ariza
[ ] 장기요양인정 갱신신청서
[ ] Uzoq muddatli parvarishni tan olishni yangilash uchun ariza
[ ] 장기요양등급 변경신청서
[ ] Uzoq muddatli parvarish darajani o‘zgartirish uchun ariza
[ ] 장기요양 급여종류·내용 변경신청서
[ ] Uzoq muddatli parvarish nafaqasi turi va tafsilotlarini o‘zgartirish uchun ariza

※ 3쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시고, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

※ 3-sahifadagi to‘ldirish bo‘yicha ko‘rsatmalar va eslatmalarni o‘qib chiqib, ma’lumotlarni kiriting. To‘q rangdagi joylar ariza beruvchi tomonidan to‘ldirilmaydi.

접수번호 Qayd raqami	접수일시 Qabul qilish sanasi	처리기간 Ko‘rib chiqish muddati	30일 30 kun

신청인 (수급자) Ariza beruvchi (nafaqa oluvchi)	①성명 ①F.I.O.	②주민등록번호 ②Rezidentning ro‘yxatga olish raqami
	③주민등록지 ③Rezidentning ro‘yxatdan o‘tgan manzili	
	④실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다. ④Asl turar joyi ※ Rezidentning ro‘yxatdan o‘tgan manzili bilan bir xil bo‘lsa, to‘ldirilmaydi.	
	⑤전화번호(또는 휴대전화번호) ⑤Telefon raqami (yoki mobil telefon raqami)	
대리인 Vakil	⑥성명 ⑥F.I.O.	⑦주민등록번호 ⑦Rezidentning ro‘yxatga olish raqami
	⑧주소 ⑧Manzil	
	⑨전화번호(또는 휴대전화번호) ⑨Telefon raqami (yoki mobil telefon raqami)	

	⑩유형 ⑩Turi	1. [ ] 가족 [ ] 친족 1. [ ] Oilasi [ ] Qarindoshi [ ] 이해관계인 (신청인과의 관계:) [ ] Manfaatdor shaxslar (Ariza beruvchi bilan qarindoshlik aloqasi:) 2. [ ] 사회복지전담공무원 2. [ ] Ijtimoiy himoya xizmatiga mas'ul davlat xizmatchisi 3. [ ] 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 3. [ ] Demensiya bilan kasallanganlarga yordam berish markazi rahbari (ariza beruvchi demensiya bemori bo'lgan holatlar bilan cheklanadi) 4. [ ] 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람 4. [ ] Maxsus o'zini o'zi boshqaruvchi shahar hokimi, maxsus o'zini o'zi boshqaruvchi provinsiya hokimi, shahar hokimi, okrug hokimi, tuman hokimi tayinlagan shaxs
보호자 Vasiy	[ ] 보호자 있음 [ ] 보호자 없음 [ ] Vasiy bor [ ] Vasiy yo'q ※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다. ※ Vasiy vakil bilan bir shaxs bo'lsa yoki vasiy bo'lmasa, to'ldirilmaydi.	
	⑪성명 ⑪F.I.O.	⑫신청인과의 관계 ⑫Ariza beruvchi bilan qarindoshlik aloqasi
	⑬주소 ⑬Manzil	
	⑭전화번호(또는 휴대전화번호) ⑭Telefon raqami (yoki mobil telefon raqami)	

☞ 뒤쪽에 작성란이 있습니다.

☞ Orqa tomonda yoziladigan joylar mavjud.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

우편물 수령지 Pochta qabul qilish manzili	⑮수령인 ⑮Qabul qiluvchi shaxs	[ ] 신청인(본인) [ ] Ariza beruvchi (shaxsning o‘zi) [ ] 보호자(대리인과 동일한 경우) [ ] Vasiy (vakil bilan bir shaxs bo‘lsa)
	⑯수령지 ⑯Qabul qilish manzili	[ ] 주민등록지 [ ] Rezidentning ro‘yxatdan o‘tgan manzili [ ] 실제 거주지 [ ] 보호자 주소지 [ ] Asl turar joyi [ ] Vasiyning manzili

⑰ 변경신청 시 사유
⑰ O‘zgartirish uchun ariza berish sababi

⑱ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오
⑱ 1. Ariza beruvchining yuqumli kasalligi bor yoki yo‘qligi [ ] Ha [ ] Yo‘q
2. 정신 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오
2. Ruhiy kasalligi bor yoki yo‘qligi [ ] Ha [ ] Yo‘q

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

Men, “Keksalar uchun uzoq muddatli sug‘urta to‘g‘risida”gi qonunning 13-moddasi, 20-moddasidan 22-moddasigacha hamda ushbu qonunni ijro etish qoidalarining 2 moddasi, 8-moddasidan 10-moddasigacha bo‘lgan qoidalariga muvofiq yuqoridagidek ariza topshiraman.

년 월 일
yil oy kun

신청인 (서명 또는 인)
Ariza beruvchi (imzo yoki muhr)
대리인 (서명 또는 인)
Vakil (imzo yoki muhr)

국민건강보험공단 이사장 귀하
Milliy sog‘liqni sug‘urtalash korporatsiyasi raisi janoblariga

첨부서류 Ilova qilinadigan hujjatlar	1. 신분증 1. Shaxsni tasdiqlovchi hujjat 가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부 a. Shaxsning o‘zi ariza berayotgan bo‘lsa: O‘zining shaxsini tasdiqlovchi hujjatdan 1 nusxa 나. 대리인이 신청하는 경우 b. Vakil ariza berayotgan bo‘lsa ① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 ① oilasi, qarindoshi yoki manfaatdor shaxslar: vakilning shaxsini tasdiqlovchi hujjatdan 1 nusxa ② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 ② ijtimoiy himoya xizmatiga mas’ul davlat xizmatchisi: davlat xizmatchisi ekanligini tasdiqlovchi hujjatdan 1 nusxa ③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 ③ Demensiya bilan kasallanganlarga yordam berish markazi rahbari (ariza beruvchi demensiya bemori bo‘lgan holatlar bilan cheklanadi): vakilning shaxsini tasdiqlovchi hujjat va demensiya bilan kasallanganlarga yordam berish markazi rahbari ekanligini tasdiqlovchi hujjatning har biridan 1 nusxa ④ 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 사람: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부 ④ Maxsus o‘zini o‘zi boshqaruvchi shahar hokimi, maxsus o‘zini o‘zi boshqaruvchi provinsiya hokimi, shahar hokimi, okrug hokimi, tuman hokimi tayinlagan shaxs: 9-ilova shaklidagi vakilni belgilash hujjatidan 1 nusxa 2. 별지 제2호서식의 의사소견서 1부(신청서와 함께 제출하지 않고 추후에 제출할 수 있으며,「노인장기요양보험법 시행령」 제6조에 해당하는 경우와 급여종류・내용 변경 신청 시에는 제출하지 않습니다) 2. 2-ilova shaklidagi shifokor xulosasidan 1 nusxa (ariza bilan birga topshirmay, balki keyinroq topshirish mumkin va “Keksalar uchun uzoq muddatli sug‘urta to‘g‘risida”gi qonunni ijro etish buyrug‘ining 6-moddasida nazarda tutilgan hollarda hamda nafaqa turi va mazmuniga o‘zgartirish kiritish uchun ariza berilayotganda topshirilmaydi) 3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부(65세 미만인 사람으로서 장기 요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다) 3. Qarilik kasalliklarini tasdiqlovchi tibbiy ma’lumotnomadan 1 nusxa (65 yoshga to‘lmagan, uzoq muddatli tibbiy yordam olish uchun ariza berilganda qo‘shimcha 2-sonli ilovaning shifokor xulosasini taqdim etmagan shaxslargagina tegishli)

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

※ Quyidagi ma'lumotlar ilovani to'ldirayotganda zarur bo'lgan ko'rsatmalar bo'lib, ular qabul qilinmaydi va saqlanmaydi.

작성방법 및 유의사항
To'ldirish bo'yicha ko'rsatmalar va eslatmalar

<작성방법>

<To'ldirish bo'yicha ko'rsatmalar>

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

Arizaga imzo qo'yish uchun tegishli joylarga √ belgisini qo'ying.

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

※ 65 yoshgacha bo'lgan quyidagi keksalik kasalliklariga ega bo'lgan shaxslargina ariza berishlari mumkin.

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

○ Demensiya (F00*, F01, F02*, F03), Altsgeymer kasalligi (G30), miya qon tomir kasalliklari (I60-I67, I68*, I69), Parkinson kasalligi (G20), ikkilamchi Parkinsonizm (G21)va boshqa kasalliklar bilan bog'liq Parkinsonizm (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)

○ Orqa miya mushaklari atrofiyasi va unga aloqador sindromlar (G12), boshqa joylarda tasniflangan kasalliklarda markaziy asab tizimiga ta'sir qiluvchi tizimli atrofiya (G13*), bazal gangliyalarning boshqa degenerativ kasalliklari (G23), ko'p skleroz (G35), tremor (R25.1), insultning keyingi oqibatlari (U23.4)

- 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우
- Uzoq muddatli parvarishni tan olish uchun ariza: uzoq muddatli parvarishni tan olish uchun ariza topshirgan bo'lsangiz,
- 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 전에 갱신신청하는 경우
- Uzoq muddatli parvarishni tan olishni yangilash uchun ariza: uzoq muddatli parvarishni tan olish tasdiqlangan shaxs uzoq muddatli parvarish nafaqasini olishni davom ettirish uchun amal qilish muddati tugashidan oldin yangilash uchun ariza topshirayotgan bo'lsangiz,
- 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우
- Uzoq muddatli parvarish darajani o'zgartirish uchun ariza: uzoq muddatli parvarishni tan olish tasdiqlangan shaxsning jismoniy va ruhiy holati yaxshilangan yoki yomonlashgani uchun darajani o'zgartirmoqchi bo'lsangiz,
- 장기요양 급여종류・내용 변경신청: 장기요양급여의 종류・내용을 변경하려는 경우
- Uzoq muddatli parvarish nafaqasi turi va mazmunini o'zgartirish uchun ariza: uzoq muddatli parvarish nafaqasi turini va mazmunini o'zgartirmoqchi bo'lsangiz

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

①-⑤: Ariza beruvchining F.I.O., rezidentning ro'yxatga olish raqami, rezidentning ro'yxatdan o'tgan manzili, amaldagi turar joyi (agar rezidentning ro'yxatdan o'tish manzilidan farqli bo'lsa) va telefon raqami kiritiladi.

※ 신청인(본인) 란에는 장기요양급여를 받으려는 사람을 적습니다.

※ Ariza beruvchi (shaxsning o'zi) degan joyga uzoq muddatli parvarish nafaqasini olmoqchi bo'lgan shaxsning ma'lumotlari kiritiladi.

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

※ Asl turar joyi tashrif buyurib tekshirish va darajani belgilash natijalari kabilarni qabul qilish joyi bo'lgani uchun kelgusida amaldagi turar joyingiz o'zgarsa, bu to'g'risida korporatsiyaga xabar berishingiz kerak.

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑥-⑨: Vakilning F.I.O., rezidentning ro'yxatga olish raqami, manzili va telefon raqami yoziladi.

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

※ Tegishli bo'lsagina yoziladi.

⑩: 대리인의 유형을 1~3번 중 해당되는 곳에 √표를 합니다.

⑩: Vakilning turini belgilash uchun 1-3 orasidan tegishli joyga √ belgisi qo‘yiladi.

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

1. Oilasi, qarindoshi, manfaatdor shaxslar: ariza beruvchi bilan qarindoshlik aloqasi yoziladi.

- 가족:「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- Oilasi: “Fuqarolik to‘g‘risida”gi qonunning 779-moddasiga muvofiq oilasi sifatida turmush o‘rtog‘i, yaqin qarindoshi, aka-ukasi, opa-singlisi, yaqin qarindoshining turmush o‘rtog‘i, er yoki xotinning yaqin qarindoshi va er-xotinning aka-uka, opa-singillari
- 친족:「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
- Qarindoshi: “Fuqarolik to‘g‘risida”gi qonunning 777-moddasiga muvofiq qarindoshi, shu jumladan 8-avlodgacha bo‘lgan qarindoshi, 4-avlodgacha bo‘lgan qarindoshi, turmush o‘rtog‘i
- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람
- Manfaatdor shaxs: Oilasi, qarindoshidan tashqari qo‘shnisi kabi boshqa shaxs

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

2. Ijtimoiy himoya xizmatlariga mas’ul davlat xizmatchisi: “Ijtimoiy ta’minot imtiyozlaridan foydalanish va ta’minlash hamda oluvchilarni aniqlash to‘g‘risida”gi qonunga muvofiq ijtimoiy himoya bo‘yicha mas’ul davlat xizmatchisi

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

3. Demensiya bilan kasallanganlarga yordam berish markazi rahbari (ariza beruvchi demensiyaga chalingan bemor bo‘lgan holatlar bilan cheklanadi): “Demensiya bilan kasallanganlarni nazorat qilish to‘g‘risida”gi qonunga muvofiq Demensiya bilan kasallanganlarga yordam berish markazi rahbari

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. Maxsus o‘zini o‘zi boshqaruvchi shahar hokimi, maxsus o‘zini o‘zi boshqaruvchi provinsiya hokimi, shahar hokimi, okrug hokimi, tuman hokimi tayinlagan shaxs: Oilasi, qarindoshi, manfaatdor shaxs yoki ijtimoiy himoya bo‘yicha mas’ul davlat xizmatchisi uzoq muddatli parvarishni tan olish uchun ariza bera olmasa, maxsus o‘zini o‘zi boshqaruvchi shahar hokimi, maxsus o‘zini o‘zi boshqaruvchi provinsiya hokimi, shahar hokimi, okrug hokimi, tuman hokimi tayinlagan shaxs

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

⑪-⑭: Vasiy bor yoki yo‘qligini √ belgisi bilan belgilab, vasiyning F.I.O., ariza beruvchi bilan aloqasi, manzili va telefon raqami yoziladi.

※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다.

※ Vasiy bilan vakil bir shaxs bo‘lgan holatda yoki vasi bo‘lmagan holatda to‘ldirilmaydi.

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

⑮-⑯: Pochtani qabul qiluvchi shaxs va qabul qilish joyini tanlab, keyinchalik qabul qilish joyini o‘zgartirmoqchi bo‘lsangiz, bu to‘g‘risida korporatsiyaga xabar berishingiz kerak.

※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 보호자로 한정합니다.

※ Pochta qabul qiluvchi shaxs ariza beruvchi (o‘zi) yoki vasiy bilan cheklanadi.

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

⑰: Uzoq muddatli parvarish darajasi yoki nafaqa turi va mazmunini o‘zgartirish uchun ariza topshirilsa, sababi qisqacha yoziladi.

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: Ariza beruvchining yuqumli kasalligi yoki ruhiy kasalligi bor yoki yo‘qligi √ belgisi bilan belgilanadi (ariza beruvchi oxirgi 6 oy ichida yuqumli kasallik va ruhiy kasallikdan davolanganligi yoki hozirda davolanayotgan bo‘lsagina belgilanadi).

<유의사항>

<Eslatma>

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

①: Uzoq muddatli parvarishni tan olish, yangilash uchun ariza topshirayotgan bo’lsangiz, korporatsiya tomonidan taqdim etilgan shifokor xulosasini olish uchun arizani tibbiy muassasaga berishingiz kerak.

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

②: Uzoq muddatli parvarishni oladigan shaxs deb topilsangiz, boshqa qonunlarga muvofiq ijtimoiy nafaqalarning takroriy

ta’minoti cheklanishi mumkin.

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

③: “Keksalar uchun uzoq muddatli sug‘urta to‘g‘risida”gi qonunning 15 moddasi 4 bandiga muvofiq yolg‘on yoki boshqa firibgarlik yo‘li bilan uzoq muddatli parvarishni tan olishni olishgan deb gumon qilinsa, korporatsiyasiya tan olish tekshiruvini o‘tkazib, qaytadan daraja to‘g‘risida qaror qabul qilishi mumkin.

처 리 절 차 Ko‘rib chiqish tartibi					
신청서 작성 Ariza to‘ldirish	➜	접수 및 확인 Qabul qilish va tekshirish	➜	방문조사 및 등급판정 Tashrif buyurib tekshirish va darajani belgilash	➜	장기요양등급 등 결과 통보 Uzoq muddatli parvarish darajasi kabilar haqida xabar berish	➜	장기요양급여 이용 Uzoq muddatli parvarish nafaqasidan foydalanish
신청인 Ariza beruvchi		처리기관 (국민건강보험공단) Ko‘rib chiquvchi tashkilot (Milliy sog‘liqni sug‘urtalash korporatsiyasi)		처리기관 (국민건강보험공단) Ko‘rib chiquvchi tashkilot (Milliy sog‘liqni sug‘urtalash korporatsiyasi)		처리기관 (국민건강보험공단) Ko‘rib chiquvchi tashkilot (Milliy sog‘liqni sug‘urtalash korporatsiyasi)		신청인 Ariza beruvchi