※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ **Ang pagsasalin na ito ay para lamang sa sanggunian kapag magsusumite ng kahilingan sa ahensya ng gobyerno, at kailangang isumite sa wikang Korean gamit ang opisyal na Korean na form.**

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

■ Mga Panuntunan sa Pagpapatupad ng Batas sa Elderly Long-Term Care Insurance [Attached Form No. 1-2] <Amended 2022. 12. 30.>

[ ]장기요양인정 신청서
[ ]Aplikasyon para sa long-term care recognition
[ ]장기요양인정 갱신신청서
[ ]Aplikasyon para sa renewal ng long-term care recognition
[ ]장기요양등급 변경신청서
[ ]Aplikasyon para sa pagbabago ng antas sa long-term care
[ ]장기요양 급여종류·내용 변경신청서
[ ]Aplikasyon para sa pagbabago sa uri at mga detalye ng benepisyo sa long-term care

※ 3쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시고, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (3쪽 중 1쪽)

※ Mangyaring basahin ang mga paalala at kung paano punan ang form na ito sa pahina 3 at punan ang impormasyon, hindi dapat punan ng aplikante ang madilim na mga patlang. (Pahina 1 ng 3)

접수번호 Numero ng Pagpapa-rehistro	접수일시 Petsa at oras ng aplikasyon	처리기간 Haba ng Panahon ng Pagproseso	30일 30 na raw

신청인(수급자) Aplikante (kwalipikadong tatanggap)	①성명 ①Pangalan	②주민등록번호 ②Numero ng rehistradong residente	
	③주민등록지 ③Address ng pagpaparehistro ng residente		
	④실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다. ④Actual address ※ Kung ito ay kapareho ng iyong rAddress ng pagpaparehistro, huwag na itong ilalagay.		
	⑤전화번호(또는 휴대전화번호) ⑤Numero ng Telepono (o Cellphone)		
대리인 Kinatawan	⑥성명 ⑥Pangalan	⑦주민등록번호 ⑦Numero ng rehistradong residente	
	⑧주소 ⑧Address		
	⑨전화번호(또는 휴대전화번호) ⑨Telepono (o Cellphone number)		
	⑩유형 ⑩Uri	1. [ ] 가족 [ ] 친족 [ ] 이해관계인 (신청인과의 관계:) 1. [ ] Pamilya [ ] Kamag-anak [ ] Interesadong partido (Relasyon sa aplikante:) 2. [ ] 사회복지전담공무원 2. [ ] Pampublikong Opisyal na naglilingkod sa social welfare	

		3. [ ] 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 3. [ ] Ang pinuno ng Dementia Relief Center (limitado sa mga kaso kung saan ang aplikante ay isang dementia patient) 4. [ ] 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 사람 4. [ ] Ang taong itinalaga ng pinuno ng Metropolitan, Do, Si, Gun, Gu
보호자 Tagapagbantay	[ ] 보호자 있음 [ ] 보호자 없음 [ ] May tagapagbantay [ ] Walang tagapagbantay ※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다. ※ Hindi kinakailangang isulat kung iisa ang tagapagbantay at kinatawan, o kung walang tagapagbantay.	
	⑪성명 ⑪Pangalan	⑫신청인과의 관계 ⑫Relasyon sa aplikante
	⑬주소 ⑬Address	
	⑭전화번호(또는 휴대전화번호) ⑭Telepono (o Cellphone number)	

☞ 뒤쪽에 작성란이 있습니다.

☞ May mga nakasulat sa likod na pahina.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

우편물 수령지 Postal Address	⑮수령인 ⑮Tatanggap	[ ] 신청인(본인) [ ] Aplikante (sarili)	[ ] 보호자(대리인과 동일한 경우) [ ] Tagapagbantay(kung pareho sa kinatawan)
	⑯수령지 ⑯Postal Address	[ ] 주민등록지 [ ] Address ng pagpaparehistro ng residente [ ] 실제 거주지 [ ] Actual Address	[ ] 보호자 주소지 [ ] Address ng Tagapagbantay

⑰ 변경신청 시 사유

⑰ Dahilan sa paghiling ng pagbabago

⑱ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오

⑱ 1. Kung ang aplikante ay may nakakahawang sakit [ ] Meron [ ]Wala

2. 정신 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오

2. Sakit sa Pag-iisip [ ] Meron [ ] Wala

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

Nag-aaplay ako tulad ng nasa itaas alinsunod sa Artikulo 13, at Artikulo 20 hanggang Artikulo 22 ng 「Batas sa Elderly Long-Term Care Insurance」 at sa panuntunan sa pagpapatupad ng parehong batas Artikulo 2, Artikulo 8 hanggang Artikulo 10.

년 월 일
Taon_____Buwan_____Araw_____

신청인 (서명 또는 인)
Aplikante (lagda o selyo)
대리인 (서명 또는 인)
Kinatawan (lagda o selyo)

국민건강보험공단 이사장 귀하
Sa **National Health Insurance Corporation**

첨부서류 Kalakip na dokumento	1. 신분증 1. ID card 가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부 A. Kung ikaw ay nag-aaplay: 1 kopya ng iyong ID card 나. 대리인이 신청하는 경우 B. Kapag nag-apply ang isang kinatawan ① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 ① Pamilya, kamag-anak o interesadong partido: 1 kopya ng ID card ng kinatawan ② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 ② Pampublikong Opisyal na naglilingkod sa social welfare: 1 kopya ng ID card na nagpapatunay na ikaw ay isang pampublikong opisyal ③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 ③ Pinuno ng Dementia Relief Center (limitado sa mga kaso kung saan ang aplikante ay isang pasyente ng dementia): 1 kopya ng bawat ID card ng kinatawan at dokumento na nagpapatunay na siya ang pinuno ng Dementia Relief Center ④ 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 사람: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부 ④ Ang taong itinalaga ng pinuno ng Metropolitan, Do, Si, Gun, Gu: 1 kopya ng Attached Form No. 9 ng Pagtatalaga ng Kinatawan 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. 1 kopya ng opinyon ng doktor sa kalakip na Form no. 2 (maaari itong isumite sa ibang pagkakataon nang hindi kasama ng aplikasyon, at hindi ito dapat isumite sa mga kaso na nasa ilalim ng Artikulo 6 ng 「Mga Panuntunan sa Dekreto ng Batas sa Elderly Long-Term Care Insurance」 at kapag nag-aaplay para sa mga pagbabago sa uri at mga detalye ng mga benepisyo) 3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부(65세 미만인 사람으로서 장기요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다) 3. 1 kopya ng dokumento ng patunay, tulad ng medikal na sertipiko upang kumpirmahin ang mga sakit sa pagka-ulyanin (kung ang isang taong wala pang 65 taong gulang ay hindi nagsumite ng medikal na opinyon sa kalakip na Form no. 2 sa oras ng pag-aplay sa long-term care recognition)

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

※ Ang impormasyon sa ibaba ay nagbibigay ng gabay sa impormasyong kinakailangan kapag pinupunan ang form at hindi ito isa-save.

작성방법 및 유의사항
Paraan ng Pagfill-out ng Form at mga Paalala

<작성방법>

<Paano Sagutan o fill-apan ang Form>

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

Maglagay ng √ sa angkop na puwang para sa pangalan ng aplikasyon.

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

※ Ang mga taong wala pang 65 taong gulang ay maaari lamang mag-aplay kung mayroon silang mga sakit ng mga matatanda na gaya ng sumusunod.

○ 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), at iba pang classified na sakit na Parkinsonism sa (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 at iba pang nauugnay na syndromes (G12), systemic atrophy na pangunahing nakakaapekto sa central nervous system sa mga sakit na inuri sa (G13*), iba pang degenerative na sakit ng basal ganglia (G23), multiple sclerosis (G35), Tremor ((震顫) (R25.1), at mga epekto ng stroke (U23.4)

- 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우
- Aplikasyon para sa long-term care recognition: Kapag nag-aaplay para sa long-term care recognition
- 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 전에 갱신신청하는 경우
- Aplikasyon para sa renewal ng long-term care recognition: Kapag ang isang tao na naaprubahan ang pag-aplay para sa renewal ng long-term care recognition bago matapos ang panahon ng bisa nito upang magpatuloy sa pagtanggap ng mga benepisyo sa long-term care recognition
- 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우
- Aplikasyon para sa pagbabago ng antas sa long-term care: Kapag ang isang tao na nakatanggap ng long-term care recognition ay gustong baguhin ang antas dahil ang kanyang pisikal at mental na kondisyon ay bumuti o lumala.
- 장기요양 급여종류・내용 변경신청: 장기요양급여의 종류・내용을 변경하려는 경우
- Aplikasyon para sa pagbabago sa uri at nilalaman ng benepisyo sa long-term care: Kung gusto mong baguhin ang uri at nilalaman ng mga benepisyo sa long-term care

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

①~⑤: Ilagay ang pangalan ng aplikante, numero ng rehistradong residente, address ng pagpaparehistro ng residente, actual address (kung iba sa address ng pagpaparehistro ng residente), at numero ng telepono.

※ 신청인(본인) 란에는 장기요양급여를 받으려는 사람을 적습니다.

※ Sa column ng Aplikante (sarili), ilagay ang taong gustong makatanggap ng mga benepisyo sa long-term care.

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

※ Dahil ang actual na address ay ang lokasyon ng pagtanggap ng iba't ibang mail tulad ng pagbisita sa inspeksyon at mga resulta ng rating, kung may pagbabago sa actual na address sa hinaharap, dapat itong iulat sa Korporasyon.

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑥~⑨: Isulat ang pangalan ng kinatawan, numero ng rehistradong residente, address, at numero ng telepono.

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

※ Isulat lamang kung naaangkop.

⑩: 대리인의 유형을 1～3번 중 해당되는 곳에 √표를 합니다.

⑩: Mangyaring isulat ang uri ng kinatawan sa pamamagitan ng paglalagay ng √ sa naaangkop na kahon mula 1 hanggang 3.

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

1. Pamilya, kamag-anak, interesadong partido: Isulat ang iyong relasyon sa aplikante.

- 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- Pamilya: Ang pamilya sa ilalim ng Artikulo 779 ng Civil Act, ay kinabibilangan ng asawa, Direktang kamag-anak sa dugo, kapatid, asawa ng direktang kamag-anak sa kadugo, direktang kadugo ng asawa at kanilang mga kapatid at asawa.
- 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
- Mga kamag-anak: Ang mga kamag-anak sa ilalim ng Artikulo 777 ng Civil Act ay kinabibilangan ng mga kadugo sa loob ng ika-8 degree, at mga kamag-anak at asawa ng hanggang ika-4 na degree
- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람
- Interesadong partido: Iba pang mga tao, tulad ng mga kapitbahay, hindi kasama ang mga miyembro ng pamilya at mga kamag-anak

2. 사회복지전담공무원: 「사회보장급여의 이용・제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에 따른 사회복지전담공무원
2. Pampublikong Opisyal na naglilingkod sa social welfare: Pampublikong opisyal na nakatuon sa kapakanang panlipunan sa ilalim ng 「Act on the Use and Provision of Social Security Benefits and Identification of Beneficiaries」
3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장
3. Pinuno ng Dementia Relief Center (limitado sa mga kaso kung saan ang aplikante ay isang dementia patient): Pinuno ng Dementia Relief Center sa ilalim ng 「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. Mayor ng Metropolitan, Gobernador ng Probinsya, Mayor ng Lungsod, Namumuno ng Distrito, at Itinalagang Pinuno ng District Office: Kung ang miyembro ng pamilya, kamag-anak, interesadong tao, o pampublikong opisyal na namamahala sa social welfare ay hindi makapag-aplay para sa long-term care recognition, taong itinalaga ng Self-Governing Metropolitan Mayor, Gobernador ng Self-Governing Metropolitan Province, Pinuno ng County, o Pinuno ng Distrito

⑪~⑭: 보호자 유무에 √표를 하고, 보호자의 성명, 신청인과의 관계, 주소, 전화번호를 적습니다.
⑪~⑭: Markahan ng √ kung may tagapagbantay o wala, at isulat ang pangalan ng tagapagbantay, relasyon sa aplikante, address, at numero ng telepono.
※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다.
※ Kung iisa ang tagapagbantay at kinatawan o kung walang tagapag-alaga, hindi ito kinakailangang isulat.
⑮~⑯: 우편물 수령인 및 수령지를 선택하고, 향후 수령지 변경을 희망할 경우 공단에 신고해야 합니다.
⑮~⑯: Dapat markahan ng aplikante ang tatanggap ng mail at address, at iulat ito sa Korporasyon kung nais baguhin ang address sa hinaharap.
※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 보호자로 한정합니다.
※ Ang mga tatanggap ng mail ay isa sa aplikante (sarili) o tagapagbantay.
⑰: 장기요양등급 또는 급여종류・내용의 변경을 신청한 경우에는 사유를 간략하게 적습니다.
⑰: Kung mag-a-apply ka para sa pagbabago sa antas ng long-term care o uri at nilalaman ng benepisyo, mangyaring isulat ang maikling dahilan.
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: Mangyaring markahan kung ang aplikante ay may nakakahawang sakit o sakit sa pag-iisip (tingnan kung ang aplikante ay ginagamot o kasalukuyang ginagamot para sa isang nakakahawang sakit o sakit sa isip sa loob ng huling 6 na buwan).

<유의사항>
<PAALALA>

①: 장기요양인정, 갱신 신청을 하는 경우 공단이 제공한 의사소견서 발급의뢰서를 의료기관에 제출해야 합니다.
①: Kapag nag-aaplay para sa long-term care recognition o para sa renewal nito, dapat magsumite ng kahilingan para sa pagpapalabas ng opinyon ng doktor na ibinigay ng Korporasyon sa institusyong medikal.
②: 장기요양 수급자로 결정되면 다른 법령에 따른 사회보장급여의 중복수급이 제한될 수 있습니다.
②: Kung determinado ang aplikante na tatanggap ng long-term care, maaaring paghigpitan ang parehong pagtanggap ng mga benepisyo sa social security sa ilalim ng ibang mga batas.
③: 「노인장기요양보험법」 제15조제4항에 따라 거짓이나 그 밖의 부정한 방법 등으로 장기요양인정을 받은 것으로 의심되는 경우 공단은 인정조사를 실시하여 다시 등급판정을 할 수 있습니다.
③: Kung pinaghihinalaan na ang long-term care recognition ay kinilala ng mali o iba pang ilegal na pamamaraan na ipinasa sa Artikulo 15 (talata 4) ng Batas sa Elderly Long-Term Care Insurance, maaaring magsagawa ang Korporasyon ng isang accreditation survey at muling suriin ang antas.

처 리 절 차
Pamamaraan sa Pagproseso

신청서 작성 Punan ang Ulat	➜	접수 및 확인 Pag-check at Pagkumpirma	➜	방문조사 및 등급판정 On-site na inspeksyon at pagpapasiya ng antas	➜	장기요양등급 등 결과 통보 Abiso ng mga resulta sa antas ng long-term care	➜	장기요양급여 이용 Paggamit ng mga benepisyo sa long-term care
신청인 Aplikante		처 리 기 관 (국민건강보험공단) Ahensya ng Pagproseso (National Health Insurance Corporation)		처 리 기 관 (국민건강보험공단) Ahensya ng Pagproseso (National Health Insurance Corporation)		처 리 기 관 (국민건강보험공단) Ahensya ng Pagproseso (National Health Insurance Corporation)		신청인 Aplikante