

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

※ 请注意，译文仅供参考。申请政务服务时，必须在正式的韩文版表格用韩文填写后提交。

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

■ 《老人长期疗养保险法施行规则》[附页第1号之2表格]<2022. 12. 30. 修订>

- [] 장기요양인정 신청서
[] 长期疗养认定申请表
[] 장기요양인정 갱신신청서
[] 长期疗养认定更新申请表
[] 장기요양등급 변경신청서
[] 长期疗养等级变更申请表
[] 장기요양 급여종류 · 내용 변경신청서
[] 长期疗养补助种类、内容变更申请表

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

(3쪽 중 1쪽)

※ 请阅读第3页的注意事项及填写方法后填写，申请人请勿填写阴影栏。

(第1页 / 共3页)

접수번호 受理编号	접수일시 受理日期	처리기간 办理时间	30일 30天
--------------	--------------	--------------	------------

신청인 (수급자) 申请人(领取者)	①성명 ①姓名		②주민등록번호 ②居民身份证号	
	③주민등록지 ③居民登记地			
	④실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다. ④实际居住地 ※ 与居民登记地相同，则无须填写。			
	⑤전화번호(또는 휴대전화번호) ⑤电话号码(或手机号码)			
대리인 代理人	⑥성명 ⑥姓名		⑦주민등록번호 ⑦居民身份证号	
	⑧주소 ⑧地址			
	⑨전화번호(또는 휴대전화번호) ⑨电话号码(或手机号码)			
	⑩유형 ⑩类型	1. [] 가족 [] 친족 [] 이해관계인 (신청인과의 관계:) 1. []家庭成员 []亲属 []权益关系人(与申请人的关系:) 2. [] 사회복지전담공무원 2 []社会福祉专职受理人 3. [] 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 3. []痴呆症安心中心长(仅限申请人为痴呆症患者时)		

		4. [] 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람 4. [] 特别自治市长、特别自治道知事、市长、郡守、区厅长 指定的人
보호자 监护人	<div>[] 보호자 있음 [] 보호자 없음</div> <div>[] 有监护人 [] 无监护人</div> <p>※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다. ※ 监护人与代理人相同或无监护人时，无须填写。</p>	
	⑪성명 ⑪姓名	⑫신청인과의 관계 ⑫与申请人的关系
	⑬주소 ⑬地址	
	⑭전화번호(또는 휴대전화번호) ⑭电话号码(或手机号码)	

 뒤쪽에 작성란이 있습니다.
 后页有填写栏。

우편물 수령지 信件领取地	⑮수령인 ⑮领取人	[] 신청인(본인) [] 보호자(대리인과 동일한 경우) [] 申请人(本人) [] 监护人(与代理人相同时)		
	⑯수령지 ⑯领取地	[] 주민등록지 [] 居民登记地	[] 실제 거주지 [] 实际居住地	[] 보호자 주소지 [] 监护人地址

⑰ 변경신청 시 사유

⑰ 申请变更的事由

⑱ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [] 예 [] 아니오

⑱ 1. 申请人是否患有传染性疾病 [] 是 [] 否

2. 정신 질환 보유 여부 [] 예 [] 아니오

2. 是否患有精神疾病 [] 是 [] 否

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

依据《老人长期疗养保险法》第13条、第20条至第22条及同法施行规则第2条、第8条至第10条规定，如上申请。

년 월 일
年 月 日

신청인 (서명 또는 인)
申请人 (签名或盖章)

대리인 (서명 또는 인)
代理人 (签名或盖章)

국민건강보험공단 이사장
国民健康保险公团理事长

귀하
启

첨부서류
提交文件

1. 신분증

1. 身份证

가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부

a. 本人申请时：本人身份证1份

나. 대리인이 신청하는 경우

b. 代理人申请时：

① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부

① 家庭成员，亲属或权益关系人：代理人的身份证1份

② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부

② 社会福利专职受理人：可证明是受理人的身份证1份

	<p>③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부</p> <p>③ 痴呆症安心中心长(仅限申请人为痴呆症患者时): 代理人身份证及证明是痴呆症安心中心长的文件各1份</p> <p>④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부</p> <p>④特别自治市长、特别自治道知事、市长、郡守、区厅长指定的人: 附页第9号表格的代理人指定书1份</p> <p>2. 별지 제2호서식의 의사소견서 1부(신청서와 함께 제출하지 않고 추후에 제출할 수 있으며, 「노인장기요양보험법 시행령」 제6조에 해당하는 경우와 급여종류·내용 변경신청 시에는 제출하지 않습니다)</p> <p>2. 附页第2号表格的医生意见书1份(无须与申请表一起提交, 可以事后提交; 属于《老人长期疗养保险法施行令》第6条的情况及申请变更补助种类型、内容时, 无须提交)</p> <p>3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부(65세 미만인 사람으로서 장기요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다)</p> <p>3. 可确认老年性疾病的诊断书等证明文件1份(仅限未满65岁的人在长期疗养认定申请时未提交附页第2号表格的医生意见书时)</p>
--	--

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

※ 以下内容填写表格时的必要事项介绍，无须受理、保存。

작성방법 및 유의사항 填写方法及注意事项

<작성방법>

<填写方法>

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

※ 申请签名是在相应处标记“√”。

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

※ 未满65岁的人仅限患有下列老年性疾病时才可申请。

- 치매(F00*, F01, F02*, F03), 알츠하이머병(G30), 뇌혈관질환(I60~I67, I68*, I69), 파킨슨병(G20), 이차성 파킨슨증(G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*)
- 痴呆(F00*、F01、F02*、F03), 阿尔茨海默病(G30), 脑血管疾病(I60~I67、I68*、I69), 帕金森病(G20), 继发性帕金森症(G21), 其他分类疾病中的帕金森症(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)
- 脊髓性肌萎缩及相关综合症(G12), 在不同分类疾病中首要影响中枢神经系统的系统性萎缩(G13*), 基底核的其他退行性疾病(G23), 多发硬化症(G35), 震颤(R25.1), 中风后遗症(U23.4)

- 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우

- 신청장기요양인정: 为获取长期疗养认定而申请时

- 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 전에 갱신 신청하는 경우

- 신청갱신장기요양인정: 获得长期疗养认定人为继续领取长期疗养补助, 在有效期到期前申请更新时

- 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우

- 신청변경장기요양인정: 被认定为长期疗养者的身心状态好转或恶化, 拟变更等级时

- 장기요양 급여종류·내용 변경신청: 장기요양급여의 종류·내용을 변경하려는 경우

- 신청변경장기요양인정: 拟变更长期疗养补助的类型、内容时

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

①~⑤: 填写申请人姓名、居民身份证号、居民登记地、实际居住地(与居民登记地址不同时)、电话号码。

※ 신청인(본인) 란에는 장기요양급여를 받으려는 사람을 적습니다.

※ 申请人(本人)一栏中填写拟领取长期疗养补助的人。

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

※ 实际居住地是访问调查和等级判定结果等各种邮件的收件地, 今后实际居住地发生变更时, 应向公团申报。

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑥~⑨: 填写代理人的姓名、居民身份证号、地址和电话号码。

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

※ 仅限适用时填写。

⑩: 대리인의 유형을 1~3번 중 해당되는 곳에 √표를 합니다.

⑩: 代理人的类型在1~3号相应处标记“√”。

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

1. 家庭成员, 亲属, 权益关系人: 填写与申请人的关系。

- 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

- 家庭成员: 《民法》第779条规定的家庭成员, 指配偶、直系血亲、兄弟姐妹、直系血亲的配偶、配偶的直系血亲及配偶的兄弟姐妹

- 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자

- 亲属：《民法》第777条规定的亲属，指8寸以内的亲属、4寸以内的姻亲、配偶
- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람
- 权益关系人：除家庭成员、亲属以外的邻居等其他人员

2. 사회복지전담공무원: 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에 따른 사회복지전담공무원
2. 社会福祉专职受理人：《关于寻找社会保障津贴的使用、提供及领取权者的法律》规定的社会福祉专职受理人
3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장
3. 痴呆症安心中心长(仅限申请人为痴呆症患者时)：《痴呆症管理法》规定的痴呆症安心中心长
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. 特别自治市长、特别自治道知事、市长、郡守、区厅长指定的人：家庭成员、亲属、权益关系人或社会福祉专职受理人无法申请长期疗养认定，则由特别自治市长、特别自治道知事、市长、郡守、区厅长指定的人

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

⑪~⑭: 在是否有监护人栏上标记“√”，并填写监护人的姓名、与申请人的关系、地址、电话号码。

※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다.

※ 监护人与代理人相同或无监护人时，无须填写。

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

⑮~⑯: 选择邮件收件人和收件地址，希望今后更改收件地的，必须向公团申报。

※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 보호자로 한정합니다.

※ 邮件领取人限于申请人(本人)或监护人。

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

⑰: 申请变更长期疗养等级或补助类型、内容时，简单填写事由。

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: 在申请人是否患有传染病和精神疾病处标记“√”(近6个月内因传染病和精神疾病接受过治疗或正在治疗者，请标记)。

<유의사항>

<注意事项>

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

①: 申请长期疗养认定与更新时，必须向医疗机关提交公团提供的医生意见书签发委托书。

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

②: 被判定为长期疗养领取者时，重复领取依据其他法律规定的社会保障津贴的可能会受到限制。

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

③: 依据《老人长期疗养保险法》第15条第4款规定，怀疑其以虚假或其他不正当方法等获得长期疗养认定，公团可重新进行认定调查，再进行等级判定。

