

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
 ※ Энэхүү орчуулга нь зөвхөн лавлах зориулалттай бөгөөд та солонгос хэл дээрх маягтыг зөвхөн солонгос хэлээр бөглөж ирүүлэх шаардлагатайг анхаарна уу.

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

■ Өндөр настны урт хугацааны асаргаа халамжийн даатгалын тухай хуулийг хэрэгжүүлэх журам
 [Хавсралт 1-р тоотын-2-р маягт] <2022 оны 12-р сарын 30-ны өдөр шинэчлэгдсэн>

[] 장기요양인정 신청서

[] Урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрлийн хүсэлт

[] 장기요양인정 갱신신청서

[] Урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрлийг шинэчлэх хүсэлт

[] 장기요양등급 변경신청서

[] Урт хугацааны асаргаа халамжийн зэрэглэлийг өөрчлөх хүсэлт

[] 장기요양 급여종류 · 내용 변경신청서

[] Урт хугацааны асаргаа халамжийн цалин тэтгэмжийн төрөл,
 агуулгыг өөрчлөх хүсэлт

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

(3쪽 중 1쪽)

※ 3-р хуудсанд байгаа бөглөх аргачлал болон анхаарах зүйлстэй сайтар танилцсаны (3 хуудас дундаас дараа мэдээллийг бөглөнө үү. Сааралтуулсан хэсгийг хүсэлт гаргагч бөглөхгүй. 1 дугаар хуудас)

접수번호 Хүлээн авсан бүртгэли йн дугаар	접수일시 Хүлээн авч бүртгэсэн өдөр цаг	처리기간 Шийдвэрлэх хугацаа
		30일 30 өдөр

신청인 (수급자) Хүсэлт гаргагч (Тэтгэм ж авагч)	①성명	②주민등록번호
	①Овог нэр	②Регистрийн дугаар
	③주민등록지	
	③Иргэний бүртгэл дээрх хаяг	
	④실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다. ④Бодитоор оршин суугаа хаяг ※ Иргэний бүртгэл дээрх хаягтай ижил тохиолдолд бичихгүй.	
	⑤전화번호(또는 휴대전화번호)	
	⑤Утасны дугаар (Гар утасны дугаар)	
대리인 Төлөөл өх этгээд	⑥성명	⑦주민등록번호
	⑥Овог нэр	⑦Регистрийн дугаар
	⑧주소	
	⑧Хаяг	

우편물 수령지 Шуудан ХҮЛЭЭН АВАХ ХАЯГ	⑮수령인	[] 신청인(본인)	[] 보호자(대리인과 동일한 경우)
	⑮Хүлээн авагч	[] Хүсэлт гаргагч (өөрөө)	[] Асран хамгаалагч(Төлөөлөх хүнтэй адилхан байх тохиолдолд)
	⑮수령지	[] 주민등록지	
	⑮Хүлээн авах хаяг	[] 실제 거주지 [] Иргэний бүртгэл дээрх хаяг [] Бодитоор оршин суугаа хаяг	[] 보호자 주소지 [] Асран хамгаалагчийн хаяг

⑮ 변경신청 시 사유

⑮ Өөрчлөх хүсэлт гаргах тохиолдолд тэрхүү шалтгаан

⑮ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [] 예 [] 아니오

⑮ 1. Хүсэлт гаргагч халдварт өвчинтэй эсэх [] Тийм [] Үгүй

2. 정신 질환 보유 여부 [] 예 [] 아니오

2. Сэтгэц мэдрэлийн өвчинтэй эсэх [] Тийм [] Үгүй

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

「Өндөр настны урт хугацааны асаргаа халамжийн даатгалын тухай хууль」-ийн 13-р зүйл, 20-р зүйлээс 22-р зүйл хүртэл мөн хуулийг хэрэгжүүлэх журмын 2-р зүйл, 8-р зүйлээс 10-р зүйлд заасны дагуу дээрхийн адил хүсэлтийг гаргаж байна.

신청인	년 월 일
Хүсэлт гаргагч	он сар өдөр
대리인	(서명 또는 인)
Төлөөлөх этгээд	(гарын үсэг, тамга)
	(서명 또는 인)
	(гарын үсэг, тамга)

국민건강보험공단 이사장

Улсын эрүүл мэндийн даатгалын газрын
ТУЗ-ийн дарга

귀하
танаа

<p>첨부서류 Хавсаргах бичиг баримт</p>	<p>1. 신분증</p> <p>1. Биеийн байцаалт</p> <p>га. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부</p> <p>а. Өөрийн биеэр хүсэлт гаргаж буй тохиолдолд: Өөрийн биеийн байцаалт 1 хувь</p> <p>на. 대리인이 신청하는 경우</p> <p>б. Төлөөлөх хүн хүсэлт гаргаж буй тохиолдолд:</p> <p>① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부</p> <p>① Гэр бүл, төрөл садан эсхүл хамаарал бүхий этгээд: Төлөөлөх хүний биеийн байцаалт 1 хувь</p> <p>② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부</p> <p>② Нийгмийн халамжийн асуудлыг хариуцсан төрийн албан хаагч: Төрийн албан хаагч гэдгийг нотлох биеийн байцаалт 1хувь</p> <p>③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부</p> <p>③ Зөнөх өвчнөөс хамгаалах төвийн дарга (хүсэлт гаргагч зөнөх өвчтөн байх тохиолдлоор хязгаарлагдана): Төлөөлөх хүний биеийн байцаалт болон зөнөх өвчнөөс хамгаалах төвийн дарга гэдгийг нотлох бичиг баримт тус бүр 1 хувь</p> <p>④ 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장이 지정한 사람: 별지 제9 호서식의 대리인 지정서 1부</p> <p>④ Тусгай бие даасан хотын захирагч, тусгай бие даасан аймгийн засаг дарга хотынзахирагч, сум дүүргийн засаг даргын тусгайлан тогтоосон хүн: Хавсралтын 9-р маягтын төлөөлөх хүний томилогоо 1 хувь</p> <p>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)</p> <p>2. Хавсралтын 2-р маягтын эмчийн дүгнэлт 1 хувь (хүсэлттэй хамт ирүүлэхгүй дараа нь ирүүлэх боломжтой, 「Өндөр настны урт хугацааны асаргаа халамжийн даатгалын тухай хуулийг хэрэгжүүлэх тогтоол」 -ын 6-р зүйлд хамаарах тохиолдолд цалин тэтгэмжийн төрөл болон агуулгыг өөрчлөх хүсэлт гаргах тохиолдолд ирүүлэхгүй)</p> <p>3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부(65세 미만인 사람으로서 장기 요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다)</p> <p>3. Хөгшрөлтөөс үүдсэн өвчнийг баталсан онош зэрэг нотлох баримт 1 хувь (65-с доош насны хүний хувьд удаан хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрлийн хүсэлт гаргахдаа хавсралтын 2-р маягтын эмчийн дүгнэлтийг ирүүлээгүй тохиолдолд л хамаарна)</p>
--	--

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

※ Доорх агуулга нь маягтыг бөглөхөд шаардлагатай мэдээллийг зааварчлах хэсэг бөгөөд хүлээн авч бүртгэх болон хадгалагдахгүй.

작성방법 및 유의사항 Бөглөх заавар болон анхаарах зүйлс

<작성방법>

<Бөглөх заавар>

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

Хүсэлт гаргагч нь хамаарах хэсэгт “√” тэмдэглэнэ үү.

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

※ 65 хүртэлх насны хүн дараах хөгшрөлтөөс үүдсэн өвчинтэй тохиолдолд л хүсэлт гаргах боломжтой.

- 치매(F00*, F01, F02*, F03), 알츠하이머병(G30), 뇌혈관질환(I60~I67, I68*, I69), 파킨슨병(G20), 이차성 파킨슨증(G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*)
- Зөнөх (F00*, F01, F02*, F03), альцхаймер (G30), тархи судасны өвчин (I60~I67, I68*, I69), Паркинсоны өвчин (G20), хоёрдогч паркинсоны шинж тэмдэг (G21), өөрөөр ангилагдсан өвчинд илрэх паркинсоны шинж тэмдэг (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)

- Нугас нурууны булчингийн хатангиршил ба түүнтэй холбоотой хам шинжүүд (G12), өөрөөр ангилагдсан өвчний эхний шатанд төв мэдрэлийн системд нөлөөлөх системийн гаралтай хатангиршил (G13*), их тархины суурь зангилаа бусад үе мөчний өвчний үүдэлтэй өөрчлөлт (G23), мэдрэлийн зангилааны хатуурал (G35), салганах (R25.1), цус харвалтын дараах үр дагавар (U23.4)

- 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우
- Урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрлийн хүсэлт: Урт хугацааны асаргаа халамжийг зөвшөөрүүлэхээр хүсэлт гаргаж буй тохиолдолд
- 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 전에 갱신신청하는 경우
- Урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрөл шинэчлэх хүсэлт: Урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрөл авсан этгээд урт хугацааны асаргаа халамжийн цалин тэтгэмжийг үргэлжлүүлэн авахын тулд хүчинтэй хугацаа дуусахаас өмнө дахин шинэчлэх хүсэлт гаргах тохиолдолд
- 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우
- Урт хугацааны асаргаа халамжийн зэрэглэлийг өөрчлөх хүсэлт: Урт хугацааны асаргаа халамж зөвшөөрөгдсөн этгээдийн бие махбод болон оюун санааны байдал нь сайжрах эсхүл муудсанаас зэрэглэлийг өөрчлөх тохиолдолд
- 장기요양 급여종류 · 내용 변경신청: 장기요양급여의 종류 · 내용을 변경하려는 경우
- Урт хугацааны асаргаа халамжийн цалин тэтгэмжийн төрөл, агуулгыг өөрчлөх хүсэлт: Урт хугацааны асаргаа халамжийн цалин тэтгэмжийн төрөл, агуулгыг өөрчлөх тохиолдолд

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

①~⑤: Хүсэлт гаргагчийн овог нэр, регистрийн дугаар, иргэний үнэмлэх дээрх хаяг, бодитоор оршин суугаа хаяг (иргэний үнэмлэх дээрх оршин суух хаягаас өөр тохиолдолд), утасны дугаарыг бичнэ.

※ 신청인(본인) 란에는 장기요양급여를 받으려는 사람을 적습니다.

※ Хүсэлт гаргагч (өөрийн)-ийн хэсэгт урт хугацааны асаргаа халамжийн цалин тэтгэмжийг авах гэж буй хүнийг бичнэ.

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

※ Бодитоор оршин суугаа хаягаар зочилж судалгаа хийх болон зэрэглэлийг тодорхойлох шийдвэр зэрэг төрөл бүрийн шуудан хүлээж авах хаяг байх тул бодитоор оршин суугаа хаягаа өөрчлөгдөх тохиолдолд төвд мэдүүлэх ёстой.

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑥~⑨: Төлөөлөх хүний овог нэр, регистрийн дугаар, хаяг, утасны дугаарыг бичнэ.

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

※ Хамааралтай тохиолдолд л бичнэ.

⑩: 대리인의 유형을 1~3번 중 해당되는 곳에 √표를 합니다.

⑩: Төлөөлөх хүний төрлийг 1~3 дах зүйл дундаас хамаарах хэсэгт √ тэмдэглэгээ хийнэ.

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

1. Гэр бүл, төрөл садан эсхүл хамаарал бүхий этгээд Хүсэлт гаргагчтай ямар хамааралтай болохыг бичнэ.

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

- Гэр бүл: 「Иргэний хууль」 -ийн 779-р зүйлийн дагуу гэр бүлийн гишүүн, эхнэр/нөхөр, шууд цусан төрөл, ах эгч дүүс, шууд цусан төрлийн эхнэр/нөхөр, эхнэр/нөхрийн шууд цусан төрөлболон эхнэр/нөхөр гэр бүлийн хүний ах эгч дүүс

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

- Төрөл садан: 「Иргэний хууль」 -ийн 777-р зүйлийн дагуу төрөл садан гэдэг нь 8-р үе доторх, цусан төрөл, 4-р үе доторх цусан төрлийн хамаатан, эхнэр/нөхөр

- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람

- Хамаарал бүхий этгээд: Гэр бүл, төрөл садангаас бусад хөрш гэх мэт бусад этгээд

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

2. Нийгмийн халамжийн асуудлыг хариуцсан төрийн албан хаагч: 「Нийгмийн халамжийн цалин тэтгэмжийг ашиглах/олгох, тэтгэмж шаардлагатай этгээдийг олох тухай хууль тогтоомж」 -д заасны дагуу нийгмийн халамжийн асуудлыг хариуцсан төрийн албан хаагч

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

3. Зөнөх өвчнөөс хамгаалах төвийн дарга (хүсэлт гаргагч зөнөх өвчтөн байх тохиолдлоор хязгаарлагдана) 「Зөнөх өвчний удирдлагын тухай хууль」 -ийн дагуу зөнөх өвчнөөс хамгаалах төвийн дарга

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. Тусгай бие даасан хотын захирагч, тусгай бие даасан аймгийн засаг дарга хотын захирагч сум дүүргийн засаг даргын тогтоосон хүн: Гэр бүл, ах дүү, хамаарал бүхий этгээд болон нийгмийн халамжийн асуудал хариуцсан төрийн албан хаагч нь урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрлийн хүсэлтийг гаргах боломжгүй тохиолдолд тусгай бие даасан хотын захирагч, тусгай бие даасан аймгийн засаг дарга хотын захирагч, сумын засаг дарга • дүүргийн засаг даргын тогтоосон хүн

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

⑪~⑭: Асран хамгаалагч байгаа эсэх дээр √ тэмдэглэгээ хийж, асран хамгаалагчийн овог нэр, хүсэлт гаргагчтай ямар холбоотой болох, хаяг, утасны дугаарыг бичнэ.

※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다.

※ Асран хамгаалагч нь төлөөлөх хүнтэй нэг хүн байх эсхүл асран хамгаалагч байхгүй тохиолдолд бичихгүй.

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

⑮~⑯: Шуудангаар хүлээн авагч болон хаягийг сонгон, цаашид хаяг өөрчлөгдөх тохиолдолд төв газарт мэдэгдэж бүртгүүлнэ.

※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 보호자로 한정합니다.

※ Шуудан хүлээн авагч нь хүсэлт гаргагч (өөрөө) эсхүл асран хамгаалагчаар хязгаарлагдана.

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

⑰: Урт хугацааны асаргаа халамжийн зэрэглэл, цалин тэтгэмжийн төрөл, агуулгыг өөрчлөх тохиолдолд шалтгааныг тодорхой бичнэ.

- ⑮: 신청인의 전염성 질환 및 정신 질환 보유 여부에 √표를 합니다(최근 6개월 이내 전염성 질환 및 정신 질환으로 치료를 받았거나 치료 중인 경우 표시합니다).
- ⑯: Хүсэлт гаргагчийн халдварт өвчин, сэтгэцийн өвчинтэй эсэхэд √ тэмдэглэгээ хийнэ. (Сүүлийн 6 сарын хугацаанд халдварт өвчин, сэтгэцийн өвчин эмчлүүлсэн эсхүл эмчилгээ хийлгэж байгаа эсэхийг тэмдэглэнэ).

<유의사항>

<Анхаарах зүйлс>

- ①: 장기요양인정, 갱신 신청을 하는 경우 공단이 제공한 의사소견서 발급의뢰서를 의료기관에 제출해야 합니다.
- ②: Урт хугацааны асаргаа халамжийн зөвшөөрөл хүсэх, шинэчлэх хүсэлт гаргах тохиолдолд төвөөс тогтоосон эмчийн дүгнэлт, хүсэлтийг эмнэлгийн байгууллагад мэдүүлнэ.
- ③: 장기요양 수급자로 결정되면 다른 법령에 따른 사회보장급여의 중복수급이 제한될 수 있습니다.
- ④: Урт хугацааны асаргаа халамжийн тэтгэмж авагчаар тогтоогдвол бусад хууль тогтоомжийн дагуу нийгмийн халамжийн цалин тэтгэмжийн давхардсан олголт хязгаарлагдах магадлалтай.
- ⑤: 「노인장기요양보험법」 제15조제4항에 따라 거짓이나 그 밖의 부정한 방법 등으로 장기요양인정을 받은 것으로 의심되는 경우 공단은 인정조사를 실시하여 다시 등급판정을 할 수 있습니다.
- ⑥: 「Өндөр настны урт хугацааны асаргаа халамжийн даатгалын тухай хууль」 -ийн 15-р зүйлийн 4-р заалтанд заасны дагуу зүй бусаар эсхүл хуурамч аргаар урт хугацааны асаргааны тэтгэмж авсан нь сэжиглэгдсэн тохиолдолд төвөөс шалгалт явуулж, зэрэглэлийг дахин магадлан тогтооно.

