※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Обратите внимание, что переведенный документ предназначен только для информации при подаче обращения, саму форму следует заполнять и подавать на корейском языке.

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

■ Правила применения Закона о страховании долговременного ухода за гражданами пожилого возраста [Приложение, Форма №1-2] <Поправки от 30.12.2022.>

[ ] 장기요양인정 신청서
[ ] Заявление о признании долговременного ухода
[ ] 장기요양인정 갱신신청서
[ ] Заявление о продлении признания долговременного ухода
[ ] 장기요양등급 변경신청서
[ ] Заявление об изменении категории долговременного ухода
[ ] 장기요양 급여종류·내용 변경신청서
[ ] Заявление об изменении типа и содержания пособия по долговременному уходу

※ 3쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시고, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (3쪽 중 1쪽)
※ Перед заполнением ознакомьтесь с инструкцией по заполнению и примечаниями на стр. 3. Затемненные заливкой графы не подлежат заполнению заявителем. (Стр. 1/3)

접수번호 Рег. № приёма заявления	접수일시 Дата приёма заявления	처리기간 Срок обработки	30일 30 дней

신청인 (수급자) Заявитель (получатель)	①성명 ① Фамилия и имя	②주민등록번호 ② Рег. № постоянного жителя
	③주민등록지 ③ Место постановки на учет	
	④실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다. ④Фактическое место жительства ※ Не указывается при совпадении с местом постановки на учет.	
	⑤전화번호(또는 휴대전화번호) ⑤ Тел. (или моб. тел.)	
대리인 Доверенное лицо	⑥성명 ⑥ Фамилия, имя	⑦주민등록번호 ⑦ Рег. № постоянного жителя
	⑧주소 ⑧ Адрес	

	⑨전화번호(또는 휴대전화번호) ⑨ Тел. (или моб. тел.)	
	⑩유형 ⑩ Категория	1. [ ] 가족 [ ] 친족 [ ] 이해관계인 (신청인과의 관계:) 1. [ ] Член семьи [ ] Родственник [ ] Заинтересованное лицо (отношение к заявителю:) 2. [ ] 사회복지전담공무원 2. [ ] Госслужащий, ответственный за социальное обеспечение 3. [ ] 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 3. [ ] Директор Центра профилактики деменции (применимо в том случае, когда заявитель является пациентом с деменцией) 4. [ ] 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람 4. [ ] Лицо, назначенное главой особого автономного города, особой автономной провинции, мэром города, главой уезда, окружной администрации
보호자 Опекун	[ ] 보호자 있음 [ ] 보호자 없음 [ ] Опекун имеется [ ] Опекун отсутствует ※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다. ※ Не подлежит заполнению в случае, если опекун и представитель являются одним и тем же лицом, или при отсутствии опекуна.	
	⑪성명 ⑪ Фамилия, имя	⑫신청인과의 관계 ⑫ Отношение к заявителю
	⑬주소 ⑬ Адрес	
	⑭전화번호(또는 휴대전화번호) ⑭ Тел. (или моб. тел.)	

☞ 뒤쪽에 작성란이 있습니다.

☞ На обратной стороне имеются поля для заполнения.

우편물 수령지 Место получения почтовых отправлений	⑮수령인 ⑮ Получатель	[ ] 신청인(본인) [ ] Заявитель (лично)	[ ] 보호자(대리인과 동일한 경우) [ ] Опекун (в случае, если опекун и представитель одно и то же лицо)
	⑯수령지 ⑯ Место получения	[ ] 주민등록지 [ ] 실제 거주지 [ ] 보호자 주소지 [ ] Место постановки на учет [ ] Фактическое место жительства [ ] Место жительства опекуна	

⑰ 변경신청 시 사유
⑰ Причина при подаче заявления об изменении

⑱ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오
⑱ 1. Наличие у заявителя инфекционного заболевания [ ] Да [ ] Нет
2. 정신 질환 보유 여부 [ ] 예 [ ] 아니오
2. Наличие психического заболевания [ ] Да [ ] Нет

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

Настоящим на основании выше предоставленных сведений подаю заявление в соответствии с положениями ст. 13, ст. 20-22 Закона о страховании долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, ст. 2 и ст. 8-10 Правил применения того же Закона.

년 월 일
ГГГГ ММ ДД

신청인 (서명 또는 인)
Заявитель (Подпись или печать)

대리인 (서명 또는 인)
Доверенное лицо (Подпись или печать)

국민건강보험공단 이사장

Председателю Управляющего совета Национальной службы медицинского страхования 귀하

첨부서류 Прилагаемые документы	1. 신분증 1. Удостоверение личности 가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부 А. При подаче заявления лично заявителем: 1 копия удостоверения личности заявителя 나. 대리인이 신청하는 경우 Б. При подаче заявления представителем ① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 ① Член семьи, родственник или заинтересованное лицо: 1 копия удостоверения личности представителя ② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 ② Госслужащий, ответственный за социальное обеспечение: 1 копия удостоверения личности, подтверждающего, что представитель является госслужащим ③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 ③ Директор Центра профилактики деменции (применимо в том случае, когда заявитель является пациентом с деменцией): 1 копия удостоверения личности представителя и 1 экз. документа, подтверждающего, что данное лицо является директором Центра профилактики деменции ④ 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 사람: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부 ④ Лицо, назначенное главой особого автономного города, особой автономной провинции, мэром города, главой уезда, окружной администрации: 1 экз. назначения представителя по Форме №9 Приложения 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 экз. заключения врача по Форме №2 Приложения (допускается последующая подача после подачи заявления, не подается в случаях, подпадающих под действие ст. 6 Указа о применении Закона о страховании долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, и при подаче заявления об изменении типа и содержания пособия) 3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부(65세 미만인 사람으로서 장기 요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다) 3. 1 экз. подтверждающего документа, такого как медицинское заключение, подтверждающего гериатрическое заболевание (применимо только к лицам в возрасте до 65 лет, не подавшим заключение врача по Форме №2 Приложения при подаче заявления о признании долговременного ухода)

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

※ Приводимый ниже текст служит в качестве пояснения при заполнении формы и не является предметом регистрации или хранения.

작성방법 및 유의사항
Инструкция по заполнению и примечания

<작성방법>

<Инструкция по заполнению>

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

Укажите наименование заявления, поставив галочку √ в соответствующем поле.

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

※ Лица в возрасте до 65 лет могут подать заявление только при наличии следующих гериатрических заболеваний.

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

○ Деменция (F00*, F01, F02*, F03), болезнь Альцгеймера (G30), цереброваскулярные заболевания (I60~I67, I68*, I69), болезнь Паркинсона (G20), вторичный паркинсонизм (G21) и паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках(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)

○ Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы (G12), системная атрофия, влияющая преимущественно на центральную нервную систему, при прочих заболеваниях, классифицированных в других рубриках (G13*), другие дегенеративные болезни базальных ганглиев (G23), рассеянный склероз (G35), тремор неуточненный (R25.1), последствия инсульта (U23.4)

- 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우
- Подача заявления о признании долговременного ухода: При подаче заявления для получения признания долговременного ухода
- 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 전에 갱신신청하는 경우
- Заявление о продлении признания долговременного ухода: При подаче лицом, получившим признание долговременного ухода, заявления на продление до истечения срока действия с целью непрерывного получения пособия по долговременному уходу
- 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우
- Заявление об изменении группы долговременного ухода: При желании изменить группу в связи с улучшением или ухудшением физического и психического состояния лица, получившего признание долговременного ухода
- 장기요양 급여종류・내용 변경신청: 장기요양급여의 종류・내용을 변경하려는 경우
- Заявление об изменении типа и содержания пособия по долговременному уходу: При желании изменить тип и содержание пособия по долговременному уходу

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

①~⑤: Укажите фамилию, имя, регистрационный номер резидента, место постановки на учет, фактическое место жительства (в случае отличия от адреса места регистрации), номер телефона.

※ 신청인(본인) 란에는 장기요양급여를 받으려는 사람을 적습니다.

※ В графе «Заявитель (лично)» укажите лицо, желающее получать пособие по долговременному уходу.

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

※ Так как фактическое место жительства служит местом проведения инспекционного визита и получения различных почтовых отправлений (результатов определения группы и т. д.), в случае изменения фактического места жительства сообщите об этом в Службу.

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑥~⑨: Укажите фамилию, имя, регистрационный номер резидента, адрес, номер телефона представителя.

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

※ Укажите только в соответствующем случае.

⑩: 대리인의 유형을 1~3번 중 해당되는 곳에 √표를 합니다.

⑩: Укажите категорию, поставив галочку √ в соответствующем поле от 1 до 3.

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

1. Член семьи, родственник или заинтересованное лицо: укажите отношение к заявителю.

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

- Член семьи: членами семьи согласно ст. 779 Гражданского кодекса являются супруг(-а), кровные родственники по прямой линии, братья, сестры, супруг(-а) кровного родственника по прямой линии, кровные родственники супруга(-и) по прямой линии, братья и сестры супруга(-и)

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

- Родственник: родственниками согласно ст. 777 Гражданского кодекса являются кровные родственники до 8-й степени родства, свойственники до 4-й степени родства, супруги

- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람

- Заинтересованное лицо: Другие люди, например, соседи и т. д., за исключением членов семьи и родственников

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

2. Госслужащий, ответственный за социальное обеспечение: госслужащий, ответственный за социальное обеспечение, в соответствии с Законом об использовании и предоставлении пособий социального обеспечения и выявления их получателей

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

3. Директор Центра профилактики деменции (применимо в том случае, когда заявитель является пациентом с деменцией): директор Центра профилактики деменции в соответствии с Законом о контроле деменции

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. Лицо, назначенное главой особого автономного города, особой автономной провинции, мэром города, главой уезда, окружной администрации: Лицо, назначенное главой особого автономного города, особой автономной провинции, мэром города, главой уезда, окружной администрации, в случае невозможности подачи заявления о признании долговременного ухода членом семьи, родственником, заинтересованным лицом или госслужащим, ответственным за социальное обеспечение

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

⑪~⑭: В графе наличия/отсутствия опекуна поставьте галочку √ в соответствующем поле, укажите фамилию, имя, отношение к заявителю, адрес, номер телефона опекуна.

※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우에는 적지 않습니다.

※ Не подлежит заполнению в случае, если опекун и представитель являются одним и тем же лицом, или при отсутствии опекуна.

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

⑮~⑯: Выберите получателя и место получения почтовых отправлений, при желании в дальнейшем изменить место получения сообщите об этом в Службу.

※ 우편물 수령인은 신청인(본인) 또는 보호자로 한정합니다.

※ Получателем почтовых отправлений может быть только заявитель (лично) или опекун.

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

⑰: При подаче заявления об изменении группы, типа и содержания пособия по долговременному уходу кратко укажите причину.

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).

⑰: Укажите наличие у заявителя инфекционного и психического заболевания, поставив галочку √ в соответствующем поле (укажите в случае прохождения лечения от инфекционного или психического заболевания в течение последних 6

месяцев или в настоящее время).

<유의사항>

<Примечания>

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

⑰: При подаче заявления о признании и продлении признания долговременного ухода подайте в медицинское учреждение запрос на выдачу заключения врача, предоставленный Службой.

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

②: В случае признания получателем пособия по долговременному уходу, двойное получение пособий по социальному обеспечению в соответствии с другими законами может быть ограничено.

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

②: В случае наличия подозрения на получение признания долговременного ухода ложным или другим неправомерным способом в соответствии с п. 4 ст. 15 Закона о страховании долговременного ухода за гражданами пожилого возраста Служба может провести инспекцию в целях признания и повторно определить группу.

처 리 절 차
Процедура обработки

신청서 작성 Составление заявления	→	접수 및 확인 Прием и проверка	→	방문조사 및 등급판정 Инспекционный визит и определение группы	→	장기요양등급 등 결과 통보 Уведомление о результатах (группа долговременного ухода и др.)	→	장기요양급여 이용 Использование пособия по долгосрочному уходу
신청인 Заявитель		처 리 기 관 (국민건강보험공단) Учреждение обработки документов (Национальная служба медицинского страхования)		처 리 기 관 (국민건강보험공단) Учреждение обработки документов (Национальная служба медицинского страхования)		처 리 기 관 (국민건강보험공단) Учреждение обработки документов (Национальная служба медицинского страхования)		신청인 Заявитель