

기초생활보장 사각지대 노인장기요양보험 본인부담금 제공(변경) 신청서							
<input type="checkbox"/> 신규신청				<input type="checkbox"/> 변경(서비스)신청			
신청인	성명		주민등록번호		세대주와의 관계		전화번호
	주소					휴대전화	
						전자우편 (e-mail)	
가족 사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호	동거여부	주소	전화번호	비고
장기요양등급 현황	등급유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	요양등급인정	<input type="checkbox"/> 1등급 <input type="checkbox"/> 2등급 <input type="checkbox"/> 3등급			
기초생활보장수급 자신청유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		기초생활보장수급자 신청 이력조회·이용동의여부	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 ※ 동의할 경우 신청가능			
장기요양 서비스 신청	<input type="checkbox"/> 노인요양시설 (요양공생포함)		<input type="checkbox"/> 방문요양 <input type="checkbox"/> 방문목욕		<input type="checkbox"/> 주야간보호(데이케어센터)		
《 유의사항 》							
○ 수급기간중 소득·재산의 변동(증가), 주소지 이전 등의 변경 사유가 발생할 경우 10일 이내에 구청장에게 반드시 신고 및 제출하여야 합니다.							
○ 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우 부당하게 지급받은 급여는 환수대상입니다.							
위와 같이 기초생활보장 사각지대 노인장기요양보험 본인부담금 제공(변경)을 신청합니다							
2014년 월 일							
신청인(대리인) 성명 :				(서명 또는 인)			
신청인과의 관계 :				(대리 신청의 경우)			
○○구청장 귀하							

※ 본인부담금 변경 신청은 장기요양서비스 내용 변경에 한함

기초생활보장 사각지대 노인장기요양보험 본인부담금 (<input type="checkbox"/> 결정, <input type="checkbox"/> 변경, <input type="checkbox"/> 중지) 통지서					
신청인	성명		생년월일		전화번호
	주소				휴대전화 전자우편 (e-mail)
	신청내용			급여서비스 결정내용	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합
보호대상자		생년월일		신청인과의 관계	
〈조사심의 결과〉					
적합	결정서비스		부적합	* 부적합 사유기재	
	<input type="checkbox"/> 요양시설(요양공생포함) <input type="checkbox"/> 방문요양, <input type="checkbox"/> 방문목욕 <input type="checkbox"/> 노인주야간보호(데이케어센터)				
《 유의사항 》					
○ 수급기간중 소득·재산의 변동(증가), 주소지 이전 등의 변경 사유가 발생할 경우 10일 이내에 구청장에게 반드시 신고 및 제출하여야 합니다.					
○ 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우 부당하게 지급받은 급여는 환수대상입니다.					
귀하가 신청한 급여에 대해 조사·심의한 결과 「기초생활보장 사각지대 노인장기 요양보험 본인부담금」 위와같이 결정되었음을 통보드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.					
2014년 월 일					
담당자 : 직급			성명 :		
문의전화 :					
○○구청장 (인)					

