

산모신생아건강관리서비스 제공기관 점검표

□ 일반사항

제공기관명	등록일자		
소재지	연락처		
대표자명	(자격종류)		
제공인력수	결제 단말기수		

□ 서비스 운영실태 점검

구분	점검사항	점검결과	확인내용
제공 인력 관리	○ 급여지급(월별 결제시간의 합이 월별 급여시간의 합과 동일한지 여부)	□적 □부	
	○ 급여가 제공인력 명의의 통장으로 정상이체 여부	□적 □부	
	○ 4대 보험, 배상보험 가입 및 퇴직금 별도 적립여부	□적 □부	
	○ 매출액의 75% 임금 지급여부	□적 □부	
	○ 제공인력 건강진단서 제출여부	□적 □부	
	○ 제공인력 교육 이수 여부	□적 □부	
	○ 바우처관리시스템 상 서비스 제공인력에 대한 급여 등록 및 4대 사회보험 가입 정보 입력 여부	□적 □부	
이용자 관리	○ 계약서 작성(제공기관과 이용자 간 계약서 작성 및 관련 부대서류 구비)	□적 □부	
회계 관리	○ 바우처 사업에 대해 별도 계정으로 관리하고 있는지 여부	□적 □부	

※ 작성방법 : 점검결과 확인된 내용을 수치화, 대상자명 기재 등 구체적으로 기재
(예) 홍길동의 4대보험 미가입, 심화교육 미이수 등

□ 이상결제 내역 점검

구분	점검사항	점검결과	이상결제 확인내역		
			결제 인원	건수	확인내용
이상 결제	○ 일괄결제	□유 □무			
	○ 중복결제	□유 □무			
	○ 심야결제	□유 □무			
	○ 예외결제	□유 □무			
	○ 기타	□유 □무			

위 점검결과 내용이 사실과 같음을 확인합니다.

2015. 11. .

[확인자]

점검기관명 :	직위	성명	(서명)
점검자 소속 :	직급	성명	(서명)
점검자 소속 :	직급	성명	(서명)