

개인별장기요양이용계획서

본 서식은 수급자가 장기요양급여를 원활히 이용할 수 있도록 발급하는 이용계획서로 장기요양기관과 급여계약 체결 시 제시하시기 바랍니다.

성명				생년월일			
장기요양등급		등급		인정유효기간			
재가급여(월 한도액)		1개월당 원		본인부담율(%) ※ 발급일 기준		재가 %	
시설급여	노인요양시설 일반	1일당	원			시설 %	
	치매전담실 가형	1일당	원				
	치매전담실 나형	1일당	원				
	노인요양공동생활가정 일반	1일당	원				
	치매전담형	1일당	원				
장기요양 필요영역		장기요양 욕구		장기요양 목표		장기요양 필요내용	
수급자 희망급여							
유의사항							
장기요양 이용계획 및 비용 (급여비용 기준일 : 0000-00-00)							
급여종류		횟수		장기요양급여비용		본인부담금	
	주		회	원	원		
	월		회	원	원		
합계				원	원		
복지용구							
☎ 000-0000-0000		지사		담당자			
		년 월 일					
국민건강보험공단 이사장				직인			