

복지용구 추가급여신청서

(앞쪽)

|             |                                                                               |                                                                                                                     |                                 |  |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| 구 분         | [ ] 훼손여부 확인                      [ ] 신체기능상태 변화 확인                      [ ] 기타 |                                                                                                                     |                                 |  |
| 신청인<br>(본인) | 성 명                                                                           |                                                                                                                     | 생년월일                            |  |
|             | 주 소                                                                           |                                                                                                                     | 전화번호                            |  |
|             | 장기요양인정번호                                                                      |                                                                                                                     | 장기요양등급                          |  |
| 대리인         | 성 명                                                                           |                                                                                                                     | 생년월일                            |  |
|             | 유 형                                                                           | 1. 가족·친족·이해관계인(신청인과의 관계: )<br>2. 사회복지전담공무원<br>3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정)<br>4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자 |                                 |  |
|             | 주 소                                                                           |                                                                                                                     |                                 |  |
|             | 전화번호                                                                          | (휴대전화)                                                                                                              |                                 |  |
| 신청<br>내용    | 신체 기능<br>상태 변화                                                                | 신 품<br>청 목                                                                                                          |                                 |  |
|             |                                                                               | 신 청<br>사 유                                                                                                          | ※ 수급자의 <b>신체기능</b> 상태 변화 내용을 기재 |  |
|             | 훼손                                                                            | 훼손<br>품 목                                                                                                           |                                 |  |
|             |                                                                               | 훼손<br>사 유                                                                                                           | ※ 훼손 사유 기재                      |  |
|             | 기타                                                                            | 신 품<br>청 목                                                                                                          |                                 |  |
|             |                                                                               | 신 청<br>사 유                                                                                                          |                                 |  |

「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제4조제1항제5호 및 같은 조 제4항에 따라 위와 같이 복지용구 급여를 신청합니다.

                    년                    월                    일

신청인 : (서명 또는 인)

대리인 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 신청인<br>(대리인)<br>제출서류 | 1. 물품의 훼손상태를 확인 할 수 있는 사진(부득이 사진을 제출하지 못할 경우 사실확인서)<br>2. 신분증<br>가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부<br>나. 대리인이 신청한 경우<br>① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부<br>② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부<br>③ 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부<br>④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 제9호 서식의 대리인 지정서 1부 |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

| 신 청 인                               | 처 리 기 관         |                                                                   |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|
|                                     | 국 민 건 강 보 험 공 단 |                                                                   |
| <div>복지용구 추가급여 신청서<br/>작성, 제출</div> | ⇒               | <div>접 수<br/>(국민건강보험공단 지사)</div>                                  |
|                                     |                 | ⇓<br><div>훼손여부 또는 신체기능상태 변화 등 확인<br/>(접수 후 10일 이내)</div>          |
|                                     |                 | ⇓<br><div>기존 구입물품 사용<br/>가능 했수 변경 또는<br/>복지용구 급여확인서 재발급(지사)</div> |