

장기요양급여 대상여부 확인 신청서

				담당자	팀장	부장	지사장
접수번호*				접수방법*	우편, 방문, 팩스		
접수일자				접수지사*			
▶ 신청인(수급자와의 관계 :)							
성명	(서명 또는 인)			생년월일			
전화번호				휴대전화			
E-mail			주소				
▶ 환불결정시 입금정보 (수급자와의 관계 :)							
예금주			생년월일			연락처	
금융기관			계좌번호				
▶ 수급자	성명			생년월일			
장기요양 인정번호	L-						
▶ 장기요양기관	기호			기관명			
급여종류				급여기간			
▶ 상담유형	급여비용 과다징수				급여/비급여 여부 확인		
▶ 민원 내용							
첨부서류 1. 장기요양급여비용 명세서 1부. 2. 신분증 및 장기요양급여계약서 등 급여내역 확인에 필요한 서류							
◆ 작성요령◆ 뒷면 참조							

◆ 신청서 작성요령 ◆

- ▶ * 는 작성하지 않습니다(접수담당자 작성)
- ▶ 신청내용은 6하 원칙에 따라 상세히 작성하여 주시기 바랍니다.
- ▶ **신청인**(먼저 신청인의 자격요건 확인)
 - 수급자(단, 수급자가 단독세대주로 사망 시에는 법정 상속인)
 - 「민법」 제779조에 따른 가족
 - (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
 - (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
 - 수급자와 동일 건강보험증(의료급여 포함)에 등재되어 있는 가입자 및 피부양자
 - 민원신청인이 위 신청인의 자격요건을 충족하지 못한 경우에는 수급자의 인감 증명서와 위임장을 첨부하여 신청
 - 신청인 주소가 행망주소지와 상이할 경우 실제 거주하고 있는 주소지로 접수
- ▶ **환불결정시 입금정보**
 - 수급자(단, 수급자가 단독세대주로 사망 시에는 법정 상속인)
 - 「민법」 제779조에 따른 가족
 - (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
 - (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- ▶ **장기요양기관**
 - 급여기간은 해당기관에서 장기요양급여를 제공받고 부담한 본인부담금의 적정 여부 확인 기간을 급여시작일부터 종료일까지 명시 (예: '12.07.1. ~ '12.12.31.)
- ▶ **상당유형**
 - 급여비용 과다징수
 - 비급여를 포함한 본인부담금의 과다징수 여부
 - 급여/비급여 여부 확인
 - 급여비용을 임의 비급여로 적용했는지 여부 등

(예: 장기요양기관에서 기저귀비용을 비급여 본인부담 적용했는지 여부)