
장기요양기관 운영 관련 서식 모음집

2025. 2.

h·well

국민건강보험



요양자원실

장기요양기관 업무용 참고자료 목록

기관운영[설치, 지정, 폐업]

1. 장기요양기관 지정(갱신)신청서	1
2. 장기요양기관 현황통보서	8
3. 장기요양기관 변경사항통보서	10
4. 장기요양기관 변경신고서	12
5. 장기요양기관 폐업·휴업·지정 비갱신 신고서	14
6. 장기요양급여 제공자료 공단이관·자체보관 신청서	15
7. 장기요양급여 제공자료 공단이관(자체보관) 신청 위임장	20

기관운영[일반운영]

8. ○○요양시설 운영위원회 정기(수시) 회의록	21
9. 장기요양인정서 수취대리인 위임장	22
10. 협약서	23
11. 회의록	24
12. 직원회의	25
13. 면회대장	26
14. 입소사실확인서	27
15. 자원봉사 활동일지	28
16. 장기요양기관 입소·이용의뢰서	29
17. 장기요양급여 계약통보서(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 복지용구)	30
18. 장기요양급여 계약통보서(시설급여, 주야간보호, 단기보호)	32
19. 장기요양급여비 납부확인서	34
20. 해외연수 결과 보고서	36
21. 장기요양급여비용 명세서	38
22. 약품점검대장	39
23. 식단표(월간)	40
24. 본인부담금수납대장	41
25. 위생점검일지	42
26. 심사청구서	43
27. 장기요양기관 착오지급내역 자진신고서	45

기관운영[소방안전]

28. 야간점검일지	49
29. 소방훈련·교육 결과기록부	50
30. 소독증명서	51
31. 식중독 발생 보고서	52
32. 소방시설현황	53
33. 간호비품 소독대장	54
34. 시설 안전점검 일지	55
35. 가스 안전 점검표	57
36. 전기 안전 점검표	58
37. 화재예방 안전 점검표	59

기관운영[종사자]

38. 업무분장표	60
39. 근무편성표	61
40. 표준근로계약서	62
41. 근무상황부	71
42. 재직증명서	72
43. 경력증명서	73
44. 휴가신청서	74
45. 출장명령서	75
46. 사직원	76
47. 휴직·복직 신청서	77
48. 근골격계증상조사표	78
49. 교육관리일지	80
50. 교육일지(신규직원교육)	81
51. 고충 접수 및 처리대장	82
52. 성희롱 고충 신청서	83
53. 유급휴일 근무 관리대장(종사자)	84
54. 교육시간 관리 대장(종사자)	85

급여제공 과정(수급자 입소시)

55. 장기요양급여 이용 표준약관	87
56. 입소대기자 관리 대장	160
57. 입소신청서	161
58. 이용자(입소자) 관리카드	162
59. 사정 기록지(초기사정, 재사정)	163
60. 입소자 건강수준 평가	165
61. 욕구조사기록지	166
62. 장기요양급여 제공 계획서(방문요양, 방문목욕, 방문간호)	172
63. 장기요양급여 제공 계획서(시설급여, 주·야간보호, 단기보호) ...	174

급여제공 과정(수급자 입소중)

64. 진료기록부	176
65. 응급상황기록부	178
66. 외출신청서	179
67. 외박신청서	180
68. 외출/외박 대장	181
69. 보호자 회의록	182
70. 수급자 상담일지 1	183
71. 수급자 상담일지 2	184
72. 건강관리 기록부	185
73. 입소자 간호기록지 1	186
74. 입소자 간호기록지 2	187
75. 간호급여제공기록지	188
76. 간호경과기록(NURSING PROGRESS NOTES)	189
77. 병원입원기록지	190
78. 장기요양급여제공기록지(시설급여/단기보호)	191
79. 급여제공결과평가	193
80. 유치도뇨관 관리	194
81. 집중배설관찰기록표	195

82. 체위변경 기록지	196
83. 욕창 상태 평가 도구	197
84. 입·퇴원/진료/검진 관리 상황부	198
85. 프로그램 운영 기록지	199
86. 투약관리 일지	201
87. 사례관리 회의	202
88. 이동서비스 일지	203
89. 주·야간보호 목욕서비스 제공일지	205
90. 프로그램 관리자 및 사회복지사 업무수행 일지	206
91. 치매전담형 프로그램 관리자 업무수행 일지	208

급여제공 과정(수급자 퇴소시)

92. 전원/퇴소 연계기록지	211
93. 장기요양기관 퇴소 신청서	212
94. 사례관리 종결 및 평가 기록지	213

기타 목록

95. 장기요양기관 입소·이용 신청서	214
96. 전송단말기 미사용 신청서	216
97. 장기요양급여 제공자료 반환 신청서	217
98. 장기요양급여제공기록지(방문요양)	218
99. 장기요양급여제공기록지(방문목욕)	220
100. 장기요양급여제공기록지(방문간호)	222
101. 장기요양급여제공기록지(주·야간보호)	224
102. 장기요양급여 제공기록지(복지용구)	226
103. 장기요양급여 제공 상호협력 동의서	228

장기요양기관 지정(갱신)신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(제1쪽 앞면)

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인 (대표자)	①성명	②주민등록번호	
	③주소	④전화번호	
⑤기관명			
⑥법인등록번호	-	⑦법인명	
⑧고유번호 (사업자등록번호)			
⑨설립 형태	[] 국가 [] 지방자치단체 [] 법인() [] 개인 [] 기타()		
⑩기관유형 (급여종류 및 형태)	시설	노인요양시설	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 가형 [] 노인요양시설 내 치매전담실 나형
		노인요양 공동생활시설	[] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정
	재가	재가노인 복지시설	[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용구 제공 [] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용
⑪소재지	주소		
	전화번호	팩스번호	전자우편주소

「노인장기요양보험법」 제31조 및 같은 법 시행규칙 제23조에 따라 장기요양기관의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	1. 일반현황·인력현황 및 시설현황을 적은 서류 각 1부 ※ 각 서류는 이 서식 제2쪽부터 제6쪽까지의 양식에 작성하여 제출합니다. 2. 사업계획서 및 운영규정 각 1부 3. 사업자등록증 또는 고유번호증 사본 1부(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류 제출을 갈음합니다)	수수료 없 음
------	---	------------

위 본인은 장기요양기관의 대표자로서 장기요양기관의 운영에 관하여 「노인장기요양보험법」 제35조 및 제35조의2에서 정한 법적 의무를 다할 것과 장기요양기관으로 지정받은 후 「노인장기요양보험법」 제34조에 따라 국민건강보험공단이 운영하는 인터넷 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)에 장기요양기관회원으로 가입하여 장기요양급여의 내용, 시설·인력 등의 현황자료 등을 성실히 게시할 것을 서약하며, 본인이 홈페이지에 게시한 정보가 변경되거나 사실과 다를 경우에는 공단이 이를 확인하여 직접 수정하는 것에 동의합니다.

신청인(대표자)

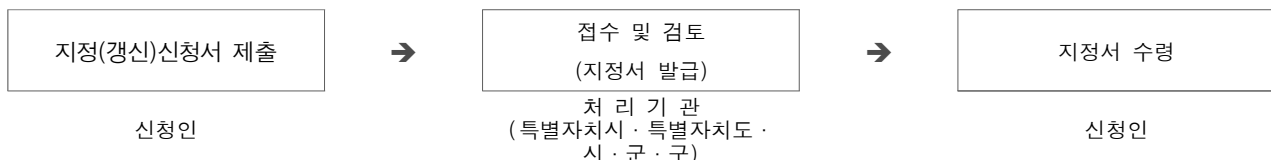
(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ④ 신청인(대표자)의 성명, 주민등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- ⑤ 지정(갱신)받으려는 기관의 명칭을 적습니다.
- ⑥ · ⑦ 기관의 운영형태가 법인일 경우 법인등록번호 및 법인명을 적습니다.
- ⑧ 기관의 고유번호 또는 사업자등록번호를 적습니다.
- ⑨ 운영 중인 기관의 설립 형태를 표기합니다.
 - ※ 법인의 경우 ()에 재단법인, 사단법인, 의료법인, 사회복지법인, 종교법인 및 학교법인 등 그 형태를 구체적으로 적습니다.
 - ※ 복지용구를 제공하는 경우 기타 ()란에 의료기기판매(임대)업으로 표기합니다.
- ⑩ 장기요양기관의 유형 및 해당 기관에서 제공하고자 하는 장기요양급여의 종류 및 형태를 모두 표시합니다(중복으로 표시할 수 있습니다).
- ⑪ 기관의 주소, 전화번호, 팩스번호 및 전자우편주소를 정확하게 적습니다.

처 리 절 차



일 반 현 황

① 기관명			④ 입소(이용) 정원		급여 종류 및 형태				정 원			
		총 원				명						
② 장기요양기관기호												
③ 설치신고날짜												
⑤ 직원현황	총원	시설의 장 (관리책임자)	자격(면허) 보유자									기 타
			소개	사회복지사	의사	간호사	간호조무사	치과위생사	요양보호사	물리(작업)치료사	영양사	
	명											
⑥ 기관규모	대지면적	㎡	건물면적	㎡	소유형태	1.자가 2.임대 3.법인소유 4.무상임대 5.국가소유(위탁) 6.지자체소유(위탁)						
⑦ 홈페이지주소												

작성방법 및 유의사항

- ① 기관의 명칭을 적습니다.
- ② 특별자치시·특별자치도·시·군·구에서 기관기호를 적습니다. 다만, 변경지정 신청을 할 때 첨부 서류로 이 서식을 활용하는 경우에는 변경지정 신청을 하는 사람이 기관기호를 적습니다.
- ③ 설치신고증명서에 적힌 설치신고 날짜를 적습니다.
- ④ 입소(이용)정원을 급여 종류별로 적습니다.
 - ※ 급여 종류 및 형태는 다음 중 해당되는 것을 적습니다.
 - 노인요양시설, 노인요양시설 내 치매전담실 가형, 노인요양시설 내 치매전담실 나형, 노인요양공동생활가정, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호, 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용
- ⑤ 기관에 근무하는 총 직원 수, 시설의 장(관리책임자) 및 면허증 또는 자격증 보유인원 현황을 적습니다.
 - ※ 방문간호를 제공하는 장기요양기관의 경우 다음의 조건을 충족하는 인력의 현황을 적습니다.
 - 간호사: 2년 이상의 간호업무경력이 있는 간호사
 - 간호조무사: 3년 이상의 간호보조업무경력이 있는 간호조무사로서 보건복지부장관이 지정한 교육기관에서 소정의 교육을 이수한 자
 - ※ 기타에는 자격증 또는 면허증이 없는 직원의 현황을 적습니다.
- ⑥ 기관의 대지면적 및 건물면적을 적고 그 소유형태에 "○" 표시를 합니다.
- ⑦ 기관이 운영 중인 홈페이지 주소를 적습니다.
 - ※ 기관유형(급여 종류 및 형태)별 장기요양기관의 인력 또는 시설현황이 변경되었을 경우 일반현황과 각각의 인력 또는 시설현황을 함께 제출해야 합니다.

급여종류 · 형태 및 기관 유형	노인요양시설	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 가형() [] 노인요양시설 내 치매전담실 나형()
	노인요양공동생활시설	[] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정
	재가노인복지시설	[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용품 제공 [] 주 · 야간보호 [] 주 · 야간보호시설 내 치매전담실 이용()

- 4 -

작성방법 및 유의사항

- ① 다음의 직종 중에서 해당하는 것의 번호를 적습니다.
1. 시설장(관리책임자), 2. 사무국장, 3. 사회복지사, 4. 의사, 5. 계약의사, 6. 간호사, 7. 간호조무사,
 8. 치과위생사, 9. 물리치료사, 10. 작업치료사, 11. 요양보호사, 12. (삭제), 13. (삭제), 14. 영양사, 15. 사무원, 16. 조리원, 17. 위생원, 18. 관리인, 19. 보조원 운전사, 20. 기타, 21. 프로그램관리자
- ②·③ 해당 인력의 이름 및 주민등록번호를 적습니다.
- ④ 자격증 또는 면허의 종류를 적습니다.
- ※ 자격(면허)의 종류는 다음과 같습니다.
1. 사회복지사 1급, 2. 사회복지사 2급, 3. 사회복지사 3급, 4. 의사, 5. 방문간호전담 간호사,
 6. 방문간호전담 외의 간호사, 7. 방문간호전담 간호조무사, 8. 방문간호 외의 간호조무사, 9. 치과위생사,
 10. 물리치료사, 11. 작업치료사, 12. 요양보호사, 13. 영양사, 14. 기타
- ※ 한 사람이 여러 개의 자격증을 보유한 경우에는 근무 직종과 가장 연관된 자격증 한 가지만 신고합니다.
다만, 방문요양, 방문목욕, 방문간호 급여를 제공하는 경우에는 서비스와 관련된 자격(면허)증을 모두 신고합니다.
- ⑤ 자격증 또는 면허의 번호를 적습니다.
- ⑥ 자격증 또는 면허를 취득한 날짜를 연월일로 적습니다.
- ⑦ 근무형태를 전임, 겸임 또는 시간제로 구분하여 적습니다.
- ⑧ 입사, 퇴사, 휴직 또는 복직한 날짜를 연월일로 적습니다.
- ⑨ 해당 기관 내에서 급여의 종류별로 인사이동이 발생한 경우 그에 따른 근무 시작일 및 근무 종료일을 연월일로 적습니다.
- ⑩ 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호시설 내 치매전담실의 경우, 해당 시설의 장, 프로그램관리자 및 요양보호사가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매전문교육을 이수하였는지 여부를 "○" 또는 "X"로 적습니다.
- ※ 급여의 형태별로 인력(변경) 현황의 서식을 각각 구분하여 작성합니다. 예를 들어, 노인요양시설 내 치매전담실 가형과 노인요양시설 내 치매전담실 나형 각 1개씩의 치매전담실을 운영하는 시설의 경우, 2장의 인력(변경)현황서에 각각의 인력현황을 작성하여 제출하여야 합니다.
- ※ 장기요양기관으로 지정받으려는 노인요양시설 또는 주·야간보호시설에서 치매전담실을 다수 운영하고 있는 경우에는 해당되는 유형에 √ 표시를 하고, () 부분에 해당 치매전담실 번호를 적습니다. 예를 들어, 치매전담실 가형 3개실 및 나형 2개실을 운영하고 있는 경우에는 [] "치매전담실 가형" 또는 "치매전담실 나형"에 √ 표시를 하고, 그 뒤에 해당 치매전담실 번호를 ()에 적습니다.

시설(변경) 현황(시설급여의 경우)

[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 가형() [] 노인요양시설 내 치매전담실 나형()
 [] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정

시설 현황

구 분	침실 (생활실)	사무실	의료 및 간호사실	물리(작업) 치료실	프로 그램실	식당 및 조리실	화장실	세면장 및 목욕 실	세탁장 건조장
개 소									

침실 현황

구 분	1인실	2인실	3인실	4인실	특별침실	기타
개 소						

노인요양시설 내 치매전담실 시설 현황

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구 분 급여형태	침실	공동거실	화장실	간이욕실 (세면대 포함)	옥외공간
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					

노인요양시설 내 치매전담실 침실 현황

※ 해당 시설의 개수를 기재합니다.

구 분 급여형태	1인실	2인실	3인실	4인실	특별침실	기타
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						

치매전담형 노인요양공동생활가정 시설현황

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구 분	공동거실	옥외공간
설치 여부		

시설(변경) 현황(재가급여의 경우)

[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용구
[] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용()

시설 현황

구 분	침실 (생활실)	사무실	의료 및 간호사실	물리(작업) 치료실	프로 그램실	식당 및 조리실	화장 실	세면장 및 목욕 실	세탁장 건조장
개 소									

주·야간보호시설 내 치매전담실 시설 현황

※ 1인 생활실 및 프로그램실 설치 여부("○" 또는 "X")를 기재합니다.

구 분	1인 생활실	프로그램실
치매전담실()		
치매전담실()		

차량 현황(이송 및 방문목욕의 경우에만 작성합니다)

※ 차량 변경 또는 운행 종료 시 해당차량에 종료일을 기재합니다.

차량 연번	차량 종류 1)	적재량	구입 연도	구입 방법 2)	차량 제조사	차량명	개조 설계 및 시행사	취득가(천원)		차량구입 지원기관	차량 번호	등록일	종료일
								차량가	개조 비용				
차량1													
차량2													

1) 차량종류: ① 승합형 ② 탑형 ③ 버스 ④ 기타_____

2) 구입방법: ① 기증 ② 신규구매 ③ 중고구매 ④ 리스 ⑤ 기타_____

차량 내 장비현황 및 기타 장비 현황(방문목욕의 경우에만 작성합니다)

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구분	욕조	이동 욕조	급수 탱크	급탕 장치	보일러 시설	샤워기 시설	리프트	입욕 장치	세탁기	기타
차량1										
차량2										
이동용 욕조		개								

복지용구 소독·세정 및 그 밖의 관리 장비 보유 현황(복지용구사업의 경우에만 작성합니다)

신고내용*	장비명	제조사	모델명	용도	비고
	총 면적	세정 및 소독 공간 등			
		세정 · 소독면적	살균 · 건조면적	조립 · 수리 · 포장면적	보관실 면적
복지용구 세정 · 소독을 위탁하는 경우 위탁사업소명(사업자등록번호):					
			연락처:		

* 소독장비, 세정장비 또는 기타 장비의 보유 현황을 적습니다.

장기요양기관 현황통보서

(앞쪽)

① 장기요양기관명				② 장기요양기관 기호	
③ 기관의 장(대표자)	성명		생년월일		
④ 장기요양기관 주소				전화번호)	
				팩스번호)	
⑤ 기관의 장(대표자) 집주소				전화번호)	
				휴대전화)	
⑥ 사업자등록번호					
⑦ 장기요양 급여비용 수령금융기관	금융기관명	예금주	계좌번호		

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제30조에 따라 장기요양기관현황을 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

신청(신고)인 제출서류	없 음	수수료 없 음
담당 직원 확인사항	사업자등록증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법 및 유의사항

- ① • ②: 장기요양기관명 및 장기요양기관 기호를 적습니다.
 - ③: 기관의 장(대표자)의 성명 및 생년월일을 적습니다.
 - ④: 장기요양기관 주소 및 전화번호, 팩스번호를 적습니다.
 - ⑤: 장기요양기관의 장(대표자) 집주소 및 전화번호 등을 적습니다.
 - ⑥: 장기요양기관의 사업자등록번호를 적습니다.
 - ⑦: 장기요양급여비용 수령 금융기관명, 예금주 및 계좌번호를 적습니다.
-

장기요양기관 변경사항통보서

(앞 쪽)

① 장기요양기관명		② 장기요양기관기호	
③ 기관의 장(대표자)		④ 생년월일	
⑤ 소재지			
⑥ 전화번호			

⑦ 변경사항

구분	변경 전	변경 후	변경일
<ul style="list-style-type: none"> 장기요양급여비용 수령계좌번호 			
<ul style="list-style-type: none"> 사업자등록번호 			

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제30조에 따라 위와 같이 장기요양기관현황이 변경되었기에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

신청(신고)인 제출서류	장기요양급여비용 수령계좌번호가 변경된 경우에는 다음 각 호에 따른 서류를 첨부하고 장기요양기관 변경사항통보서에 그 등록된 인감을 날인하거나 본인서명사실확인서에 기재된 것과 같은 서명을 해야 합니다.	수수료 없음
담당 직원 확인사항	1. 사업자등록증(사업자등록번호가 변경된 경우에만 해당됩니다) 2. 통장 사본(장기요양급여비용 수령계좌번호가 변경된 경우에만 해당됩니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법 및 유의사항

- ① • ②: 장기요양기관명 및 장기요양기관 기호를 적습니다.
 - ③ • ④: 기관의 장(대표자)의 성명 및 생년월일을 적습니다.
 - ⑤ • ⑥: 장기요양기관 소재지 및 전화번호를 적습니다.
 - ⑦: 변경사항별로 해당되는 곳에 √ 표하고, 해당 사항을 적습니다.
-

장기요양기관 변경신고서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않고, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	7일
장기요양 기관의 장	① 성명	② 생년월일	
	③ 주소 (전화번호:)		
④ 장기요양기관명		⑤ 장기요양기관기호	⑥ 전화번호
⑦ 변경사항	[] 장기요양기관의 명칭·소재지 [] 법인대표자 [] 입소(이용)정원		
⑧ 변경내역	변경 전	변경 후	변경일

「노인장기요양보험법」 제33조 및 같은 법 시행규칙 제25조에 따라 위와 같이 변경사항을 신고합니다.

년 월 일

신청인(대표자) (서명 또는 인)

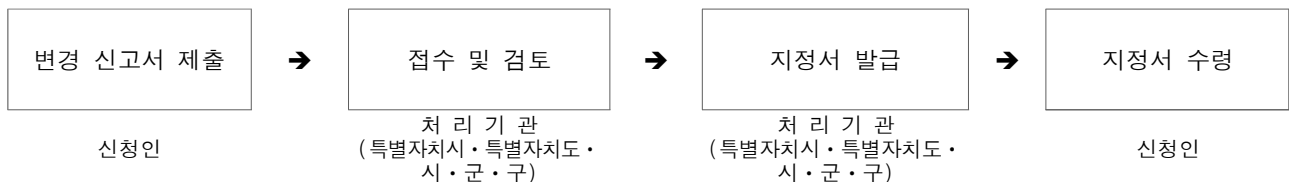
특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

신청(신고)인 제출서류	1. 변경사항을 증명할 수 있는 서류(다만, 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 첨부서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음할 수 있습니다) 2. 장기요양기관지정서	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	법인등기사항증명서(법인대표자가 변경된 경우에만 해당합니다)	

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ③: 장기요양기관의 장의 성명, 생년월일, 주소를 적습니다.
- ④ ~ ⑥: 장기요양기관명, 장기요양기관기호, 전화번호를 적습니다.
- ⑦: 해당하는 변경사항에 √ 표합니다.
- ⑧: 변경된 항목의 정확한 변경일을 적습니다.

처 리 절 차



장기요양기관 ([] 폐업 [] 휴업 [] 지정 비갱신) 신고서

※ 아래의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라고, 색상이 어두운 란은 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 7일	
장기요양 기관의 장 (대표자)	① 성명			② 생년월일	
	③ 주소 (전화번호:)				
④ 장기요양기관명		⑤ 장기요양기관 기호		⑥ 전화번호	
⑦ 법인등록번호		⑧ 사업자등록번호			
⑨ 폐업일·지정 유효 기간 만료일·휴업 기간	폐업일 또는 지정 유효기간 만료일	년 월 일			
	휴업기간	년 월 일부터 년 월 일까지			
⑩ 폐업·휴업· 지정 비갱신 사유					
⑪ 연락처 (폐업·휴업·지정 유효기간 만료 후)	성명:		전화번호:		
	주소:				

「노인장기요양보험법」 제36조제3항 및 같은 법 시행규칙 제28조에 따라 폐업 또는 휴업하거나 장기요양기관의 지정을 갱신하지 않음을 신고합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 폐업 또는 휴업 의결서(법인만 제출합니다) 1부 2. 수급자에 대한 다른 장기요양기관 또는 복지서비스의 연계 등 조치계획서 1부 3. 장기요양기관 지정서(휴업의 경우에는 제출하지 않습니다) 또는 재가장기요양기관 설치신고증명서(폐업의 경우에만 제출합니다) 4. 「노인장기요양보험법」 제35조의2에 따른 장기요양기관 재무회계에 관한 서류 중 결산보고서 1부
------	---

작성방법

- ① ~ ③: 장기요양기관의 장(대표자)의 성명, 생년월일, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- ④ ~ ⑥: 장기요양기관명, 장기요양기관기호 및 장기요양기관의 전화번호를 적습니다.
- ⑦: 장기요양기관의 운영형태가 법인인 경우 법인등록번호를 적습니다.
- ⑧: 장기요양기관의 사업자등록번호(고유번호)를 적습니다.
- ⑨: 폐업하려는 날짜, 지정 유효기간 만료일 또는 휴업하려는 기간을 적습니다.
- ⑩: 장기요양기관의 폐업·휴업사유 또는 지정을 갱신하지 않는 사유를 적습니다.
- ⑪: 폐업·휴업 또는 지정 유효기간 만료 이후의 연락처(성명, 전화번호, 주소)를 적습니다.

처리절차

신고서 제출	→	접 수, 검 토 및 처리
--------	---	---------------

신고인

처 리 기 관
(특별자치시장·특별자치도지사·시·군·구)

장기요양급여 제공자료 []공단이관 []자체보관 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바랍니다.

(제1쪽 앞면)

접수번호	접수일	처리기간 7일
------	-----	---------

① 장기요양 기관 (신청인)	기관기호	기관명
	대표자 성명	전화번호
	폐업일 또는 지정 유효기간 만료일	휴업기간

② 자체보관 계획

보 관 기 간		
보 관 장 소		
보 관 책 임 자	성명	전화번호

③ 장기요양급여 제공자료 목록 및 수량

단위: 명·권·매·개

구분	공단이관·자체보관()명()권()매, 분실 및 훼손()명()권()매				
	년도	년도	년도	년도	년도
1. 장기요양급여계약에 관한 서류					
2. 장기요양급여제공기록지 등					
3. 방문간호지시서					
4. 장기요양급여비용 명세서 부분					
5. 제2호부터 제4호까지의 서류 중 전자문서로 기록·관리하고 있는 경우 그 전자문서					

※ 별지 제34호서식의 본인부담금수납대장을 작성하여 보존하는 경우에는 이를 제4호의 장기요양급여비용 명세서 대신 제출할 수 있습니다.

④ 장기요양급여 제공자료 인계·인수

구 분	인계자	인수자	비 고
성 명	(인)	(인)	
전화번호			

「노인장기요양보험법」 제36조제6항 및 같은법 시행규칙 제28조의2에 따라 위와 같이 장기요양급여 제공자료 []공단이관 []자체보관 신청서를 제출합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

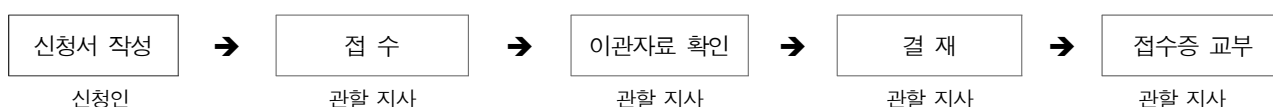
첨부서류	1. 장기요양급여 제공자료 이관 목록표 1부 2. 장기요양급여 제공자료 분실 및 훼손 목록표 1부 3. 신청인이 대리인일 경우 위임장	수수료 없 음
------	--	------------

※ 공단은 이관자료 중 일부가 훼손되거나 분실되어 자료의 정상적인 인수가 불가능하다고 판단되는 경우 별지 제36호서식의 신청서 외에 별도의 확인서를 추가로 요구할 수 있으며, 폐업한 기관의 이관자료는 반환하지 않습니다.

작성방법 및 유의사항

- ○ 신청구분: 장기요양기관이 폐업·휴업하거나 지정을 갱신하지 않아 장기요양급여 제공자료를 공단에 이관하려는 경우에는 “공단이관”에, 장기요양기관이 휴업으로 인하여 장기요양급여 제공자료를 자체보관하려는 경우에는 “자체보관”에 “√” 표시를 합니다.
- ① 장기요양기관: 장기요양기관의 기관기호, 기관명, 대표자 성명, 전화번호 등 기본사항을 적고, 장기요양기관이 폐업한 경우에는 폐업일을, 지정을 갱신하지 않는 경우에는 지정 유효기간 만료일을, 휴업한 경우에는 휴업기간을 적습니다.
- ② 자체보관 계획: 장기요양기관이 장기요양급여 제공자료의 자체보관 신청을 하는 경우에만 해당 자료의 보관기간, 보관할 장소 및 보관 책임자(장기요양기관의 장)의 성명과 전화번호를 적습니다.
- ③ 장기요양급여 제공자료 목록 및 수량: 공단이관(폐업·휴업·지정 비갱신) 또는 자체보관(휴업) 신청을 할 자료의 목록 및 수량을 표의 구분에 따라 자료가 발생한 연도별로 적습니다.
- ※ 장기요양급여 제공자료의 공단이관을 신청할 때에는 이관자료의 수량이 “③ 장기요양급여 제공자료 목록 및 수량”란에 기재된 수량과 일치해야 합니다.
- ※ “③ 장기요양급여 제공자료 목록 및 수량”란 중 “2. 장기요양급여제공기록지 등”이란 제27조제4항제3호와 관련된 서류 일체로서 장기요양급여제공기록지, 장기요양급여비용 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류를 말합니다.
- ④ 장기요양급여 제공자료 인계·인수: 장기요양기관이 장기요양급여 제공자료의 공단이관 신청을 하는 경우에만 해당 자료의 인계자 및 인수자의 성명과 전화번호를 적되, 인수자는 공단 관할지사에서 작성합니다.

처리절차



확 인 서			
장기요양기관기호		장기요양기관명	
대 표 자 성 명		전 화 번 호	
<p>「노인장기요양보험법」 제36조제6항에 의거 이관하여야 할 장기요양급여 제공 자료를 아래와 같은 사유로 이관하지 못하였기에 신고하며, 향후 이로 인하여 발생한 제반 문제에 대한 모든 책임을 질 것을 확인합니다.</p> <div style="margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> 분실 (<input type="checkbox"/> 전부, <input type="checkbox"/> 일부) 사유 : </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 훼손 (<input type="checkbox"/> 전부, <input type="checkbox"/> 일부) 사유 : </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 급여제공내역 없음 </div> <div style="margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> 기타 사유 : </div> <div style="margin-top: 40px; text-align: center;"> <div style="display: inline-block; width: 40%;"> 년 월 일 </div> <div style="display: inline-block; width: 40%; text-align: right;"> 신고인 (서명 또는 인) </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> 국민건강보험공단 이사장 귀하 </div>			

장기요양급여 제공자료 공단이관(자체보관) 신청 위임장

① 위임받는 자 (대리인)	성명		전화번호	
	생년월일		위임자와의 관계	
	주소			
② 위임자	성명		전화번호	
	생년월일			
	주소			
③ 위임 내용 (구체적으로 기재)				

위와 같이 장기요양급여 제공자료 공단이관(자체보관) 신청을 위임합니다.

년 월 일

위임자 (인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

위임자 (인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

[예시] 평가지표 운영위원회

○○ 요양시설 운영위원회 제 차 정기(수시) 회의록			
일 시	20 . . .(: ~ :)	장 소	
출석현황 재적위원 인 중 인 출석			
출석위원			
불참위원			
안전 및 결과			
안전			
결과			
회의내용			
위 원 장 : 간 사 : ○○○위원 : ○○○위원 : :			
건의사항			

붙임 1. 참석자 서명 1부. 끝.

위 입 장

수 급 자 (본인)	성 명		생년월일	
	주 소			
	전화번호	(휴대전화)		
	위임사유	①거동불편 ②기타()		

위 수급자(본인)은 아래의 대리인에게 (장기요양인정서, 개인별 장기요양이용계획서, 복지용구급여확인서)를 수령하도록 위임합니다.

대 리 인	성 명		생년월일	
	수급자와 관계	①친족 ②이웃 ③기타()		
	주 소			
	전화번호	(휴대전화)		

수 급 자(본인) : (서명 또는 인)

※ 대리인(위임받은 자)은 본 위임장과 수급자(위임장) 및 대리인의 신분증을 제시하여야 합니다.

협약서					
시설	시설명				
	주소(연락처)				
	시설장(대표)		주민등록번호	-	
의료기관	기관명		의료기관 종별		
	주소(연락처)				
	기관장(대표)		주민등록번호	-	
	협약(진료)과목				
협약기간			회차당 진료인원	명	
협약 내용					
<p>제1조(목적) 본 협약은 “ ” 과 “ ” 간의 상호 협력을 통하여 시설 입소자들의 의료서비스에 대한 적절한 조치를 취하도록 하여 입소자의 건강증진에 기여함을 목적으로 한다.</p> <p>제2조(협약사항) “ ” 과 “ ” 은 다음 각호의 사항을 상호 지원할 것을 협약한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 협약의료기관의 의사는 2주 1회 시설을 방문하여 시설의 간호(조무)사의 협조를 받아 입소자의 건강 상태를 평가하고, 적절한 조치 또는 권고를 한다. 2. 시설의 간호(조무)사는 매일 입소자의 건강상태를 파악하고, 건강관리기록부를 작성하여 보관하여야 한다. 건강기록부에는 입소자의 건강상태에 따라 복용약품, 체중, 혈압, 체온, 혈당 등 입소자에게 필요한 건강정보를 기록하여 방문의사가 입소자의 건강상태를 평가하는데 도움이 되도록 하여야 한다. 3. 시설에서 응급환자가 발생하였을 경우 협약의료기관 등으로 즉시 후송하고 협약의료기관은 진료 후 필요한 경우 입원치료를 하거나 후송하도록 한다. 4. “협약의료기관”은 입소자의 건강상태에 대해 상시적으로 의료상담을 실시한다. <p>제3조(협약사항의 추가) 협약기간 중이라도 상호합의에 의해 협약내용을 추가할 수 있다.</p> <p>제4조(비밀의 보장) 양 기관은 상호 의뢰한 환자에 대한 일체의 정보 및 협의사항에 대해서는 비밀을 보장하여야 한다.</p>					
※ 본 협약은 상대방의 동의 없이 당사자의 일방이 이를 해지할 수 없음. 다만, 상대기관에 대한 명예훼손 등 불이익을 초래한 경우는 일방의 결정에 의하여 협약을 취소할 수 있으며, 계약기간이 만료된 경우에도 특별한 사정이 없는 한 상호 합의하여 협약기간을 갱신한 것으로 본다.					
위 협약조건을 지키기 위하여 본 협약서를 작성하고 서명 날인함					
<div style="text-align: center;"> 년 월 일 </div>					
시 설 장 성 명		(인)	의료기관장 성 명		(인)

<div>회의록</div>					
작성일자		회의시간		참석인원	명
회의장소				작성자	
회의제목					
참 석 자					
회의내용					
비고					

직 원 회 의		담당자	OOO	OOO
일 시	년 월 일 요일 (: ~ :)			
장 소		참석인원	명	
회의내용				
회의결과				
붙임 1. 참석자 서명 1부. 2. OOO. 끝.				

입소사실확인서

성명 : 000 (0000000-2*****)

주소 : (000-000) 00000000000000000000000000000000

기간 : 0000-00-00 ~ 입소중

사용용도 : 00000000

제출처 : 0000000000

위 기재사항이 사실과 다름없음을 증명합니다.

(위 사람이 아래 기관에 입소하고 있음을(하였음을) 확인합니다.)

20**년 **월 **일

주소 : (우편번호)

기관명 : 000요양원 (직인)

대표자 : 000

[예시] 평가지표 자원봉사자

자원봉사자 활동일지	담당자	OOO	OOO

연 번	일 자	시 간	소 속	성 명	내 용	서 명	확인자
예시)	0000.00.00.	08:00 ~ 12:00	000단체	홍길동	미용봉사, 어르신 수발	홍길동	김철수
예시)	0000.00.00.	17:00 ~18:00	개인	김요양	기관 출입구 청소, 어르신 부축	김요양	김철수(기관관 제자 기재)
		~					
		~					
		~					
		~					
		~					
		~					
		~					
		~					
		~					
		~					

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제10호의2서식] <개정 2021. 1. 18.>

장기요양기관 입소·이용의뢰서

※ 어두운 란은 신청인이 적지 않고, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

발급번호		발급일	
신청인 (수급자)	성명		생년월일
	장기요양등급		장기요양인정번호
	주소		
	전화번호(또는 휴대전화번호)		
보호자	성명	신청인과의 관계	전화번호
대리인	성명		주민등록번호
	유형 <input type="checkbox"/> 1. 가족·친족·이해관계인(신청인과의 관계 :) <input type="checkbox"/> 2. 사회복지전담공무원 <input type="checkbox"/> 3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) <input type="checkbox"/> 4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람		
	주소		
	전화번호(또는 휴대전화번호)		
비용 부담주체	특별자치시·특별자치도·시·군·구		협약번호
급여개시일			

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조제6항에 따라 위 수급자의 귀 장기요양기관 입소·이용을 의뢰합니다.

년 월 일

○○ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장

직인

장기요양기관장 귀하

※ 특별자치시·특별자치도·시·군·구 담당과: 담당자: 전화번호:

<입소·이용의뢰 장기요양기관 현황>

○ 명칭:

○ 기호:

○ 주소:

○ 전화번호:

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

장기요양급여 계약통보서(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 복지용구)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일
------	-----

① 수급자	성명	생년월일
	장기요양등급	장기요양인정번호

② 계약 당사자	장기요양기관명	장기요양기관기호
	계약자 성명	수급자와의 관계
	전화번호(휴대전화번호)	계약일
	급여개시일	계약기간 ~

③ 급여 계약 내용	급여 종류		이용시간	급여 비용	횟수/월	금액/월	요양보호사/간호(조무)사/치과위생사		
	월	일					성명	자격/면허번호	수급자와의 관계
		~	~						
		~	~						
	합계		(원)						

④ 복지용구 계약 내용	품목명	제 품명	복지용구 표준코드	급여방식		판매일 또는 대여기간	금액
				구입	대여		
	합계		(원)				

⑤ 비급여 계약 내용	항목	기간	단가/일	개수(횟수)/월	금액
	합계		(원)		

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 수급자와 체결한 계약 내용을 위와 같이 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

담당자:

전화번호:

전자우편주소:

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성방법

- ① 수급자: 수급자의 성명, 생년월일, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.
- ② 계약 당사자
 - 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.
 - 계약자의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(휴대전화번호)를 적습니다.
 - 계약일: 계약을 체결한 날짜를 적습니다.
 - 급여개시일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 급여계약을 체결한 후 급여지급을 시작한 날짜를 적습니다.
 - 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간(계약 시작일과 종료일)을 적습니다.
- ③ 급여계약 내용
 - 급여 종류: 수급자와 계약이 체결된 급여를 종류별로 작성합니다.
 - 월: 전체 계약기간 중 서비스를 제공한 월을 적습니다.
 - 일: 해당 월에 서비스를 제공한 날짜를 적습니다. 다만, 동일한 요양보호사, 간호(조무)사 또는 치과위생사가 해당 월에 매일 같은 시간에 서비스를 제공한 경우에는 날짜별로 적지 않고, 제공기간을 적습니다.
 - 이용시간: 서비스 제공 시작시간과 종료시간을 24시간 단위로 적습니다(예: 18:00 ~ 20:00).
 - 급여비용: 보건복지부장관이 고시한 장기요양급여비용을 방문 당, 시간 당 또는 1일 당 등 해당하는 급여비용으로 적습니다.
 - 횟수/월: 해당 월에 급여를 제공한 횟수를 적습니다.
 - 금액/월: 해당 월에 급여를 제공한 횟수에 따른 총 급여비용을 적습니다.
 - 요양보호사/간호(조무)사/치과위생사: 급여를 제공한 요양보호사, 간호(조무)사 또는 치과위생사의 성명과 자격 및 면허번호를 적고(2명 이상 방문한 경우에는 방문한 사람을 모두 적습니다), “수급자와의 관계”란에는 수급자의 배우자, 수급자의 직계혈족 및 형제자매, 수급자의 직계혈족의 배우자, 수급자의 배우자의 직계혈족 또는 수급자의 배우자의 형제자매에 해당하는 요양보호사가 방문요양 및 방문목욕 급여를 제공하는 경우에만 그 관계를 적습니다.
 - 합계: 계약기간 내 “금액/월”란에 기재된 금액의 합계를 적습니다.
- ④ 복지용구 계약내용
 - 품목명·제품명: 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」에 명시된 품목명과 제품명을 적습니다.
 - 복지용구표준코드: 수급자에게 제공한 제품의 복지용구 바코드표를 확인하여 제품코드 및 제조번호를 포함한 복지용구 표준코드를 적습니다.
 - 급여방식: 해당 제품의 구입 또는 대여 여부에 따라 해당하는 란에 √표를 합니다.
 - 판매일 또는 대여기간: “구입”인 경우 판매일을 적고, “대여”인 경우 대여기간(시작일과 종료일)을 적습니다.
 - 금액: 제품별로 “구입”인 경우 판매일에 판매한 제품의 급여비용을 적고, “대여”인 경우 대여기간에 해당하는 총 급여비용을 적습니다.
 - 합계: 제품별 금액의 합계를 적습니다.
- ⑤ 비급여 계약내용
 - 항목: 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조제1항에 따른 비급여 항목 중 해당하는 항목을 적습니다.
 - 기간: 해당 비급여 항목을 제공한 기간을 적습니다.
 - 단가/일: 해당 비급여 항목의 일일 단가를 적습니다.
※ 예시: 1식 당 식재료비가 1,500원이고 1일 3식을 제공한 경우 단가는 4,500원으로 작성합니다.
 - 개수(횟수)/월: 비급여 항목별로 월평균 제공한 비급여의 개수 또는 횟수를 적습니다.
 - 금액·합계: “금액”란에는 해당 기간 제공한 비급여의 총 금액을 적고, “합계”란에는 항목별 금액을 합산한 총 금액을 적습니다.

유의사항

1. 급여 종류별로 각각의 장기요양급여 계약통보서를 작성합니다.
2. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

장기요양급여 계약통보서(시설급여, 주·야간보호, 단기보호)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일
------	-----

① 수급자	성명	생년월일
	장기요양등급	장기요양인정번호

② 계약 당사자	장기요양기관명	장기요양기관기호
	계약자 성명	수급자와의 관계
	전화번호(휴대전화번호)	계 약 일
	급여개시일	계약기간 ~

③ 급여 계약 내용	급여 종류				
	월	서비스 분류	급여비용	횟수/월	금액/월
	합계		(원)		

④ 비 급 여 계약 내용	항목	기간	단가/일	개수(또는 횟수)/월	금액
	합계	(원)			

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 수급자와 체결한 계약 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일
장기요양기관의 장(대표자) (서명 또는 인)

담당자: 연락처: 전자우편주소:

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성방법

- ① 수급자: 수급자 성명, 생년월일, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.
- ② 계약당사자
 - 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.
 - 계약자의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(휴대전화번호)를 적습니다.
 - 계약일: 계약을 체결한 날짜를 적습니다.
 - 급여개시일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 급여계약을 체결한 후 급여지급을 시작한 날짜를 적습니다.
 - 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간(계약 시작일과 종료일)을 적습니다.
- ③ 급여계약내용
 - 급여종류: 수급자와 계약이 체결된 급여종류별로 작성합니다.
 - 월: 전체 계약기간을 월별로 나누어 적습니다.
 - 서비스 분류: 서비스 제공내용(시간 등)별 급여비용 분류를 적습니다.
 - 급여비용 : 보건복지부장관이 고시한 장기요양 급여비용을 방문당 또는 시간당, 1일당 등 해당하는 급여비용으로 적습니다.
 - 횟수/월: 급여비용별 월 총 횟수를 적습니다.
 - 금액/월: 급여비용별 월 횟수에 대한 총 급여비용을 적습니다.
 - 합계: 계약기간 내 월별 금액의 합계를 적습니다.
- ④ 비급여 계약내용
 - 항목: 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조제1항에 따른 비급여 항목을 적습니다.
 - 기간: 해당 비급여 항목의 제공기간을 적습니다.
 - 단가/일: 해당 비급여 항목의 일일 단가를 적습니다.
(예시: 1식 당 식재료비가 1,500원이고 1일 3식일 경우, 단가는 4,500원으로 작성)
 - 개수(또는 횟수)/월: 비급여 항목별 개수 또는 횟수 등으로 적습니다.
 - 금액, 합계 : 항목별 총 금액과 총 금액의 합계를 적습니다.

유의사항

1. 급여종류별로 각각의 계약통보서를 작성합니다.
2. 같은 월에 다른 급여비용의 동일한 급여를 이용할 경우 "③급여계약내용"에서 줄을 바꿔서 작성하며, 작성란이 부족할 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

장기요양급여비 납부확인서

발급번호: -

수급자 성명		주민등록번호	-
장기요양기관명		고유번호 (사업자등록번호)	
장기요양기관 주소 (전화번호)		대표자 성명	

_____년 장기요양급여비 납부내역

구 분	급여비 내역							
	①총액 (②+③+④)	급여					비급여	수급자 부담총액
		② 공단 부담액	③ 수급자 부담액				④ 수급자 부담액	⑤ 수급자 부담액 (③+④)
			총계	카드	현금 영수증	현금		
1월								
2월								
3월								
4월								
5월								
6월								
7월								
8월								
9월								
10월								
11월								
12월								
계								
⑦소득공제 대상액 총계(=③)								

※ 비급여항목(식사재료비, 상급침실이용료, 이미용비)은 소득공제 대상에 해당되지 않음

_____년 _____월 _____일

장기요양기관 장 (인)

※ 이 납부확인서는 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청에 사용할 수 있습니다.

알림: 현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: <http://www.taxesave.go.kr>

작성방법 및 유의사항

- ①: 급여비 내역 중 급여 및 비급여 항목의 공단 부담액과 수급자 부담액 납부금액 총액을 적습니다.
- ②: 장기요양급여비 급여 항목 중 공단 부담액을 적습니다.
- ③: 장기요양급여비 급여 항목 중 법정 본인부담금을 적습니다
- ④: 장기요양급여비 비급여 항목(식사재료비, 상급침실이용료, 이미용비) 수급자 부담액을 적습니다
- ⑤: 장기요양급여비 급여 및 비급여 항목 중 수급자 부담액 납부총액을 적습니다
- ⑥: 장기요양급여비 급여 및 비급여 항목 중 수급자 부담액 납부총액을 실제 납부한 날짜를 적습니다.
- ⑦: 1월 ~ 12월까지 급여 항목의 수급자 부담액 총액을 적습니다.

해외연수 결과 보고서

기관명		기관기호	
-----	--	------	--

해외연수 대상자(직종)	
-----------------	--

연수국가	
연수기간	

연수목적 (구체적으로 작성)	
연수결과 (증빙자료 첨부: 항공권, 사진 등)	

(뒤쪽)

해외연수 일정					
일자	시간	출발지	도착지	연수내용	비고

장기요양급여비용 명세서

[] 퇴 소
[] 중 간

장기요양 기관기호				장기요양기관명			
주소	□□□-□□□			사업자등록번호			
성명	장기요양 인정번호	급여제공기간	영수증 번호				
		. . . ~ . . .					
항목		금액	금액산정내역				
급여	본인부담금①		총액(급여비급여) ⑨(③+⑧)				
	공단부담금②		본인부담총액 ⑩(①+⑧)				
	급여 계③(①+②)						
비급여	식사재료비④		이미 납부한 금액⑪				
	상급침실 이용에 따른 추가비용⑤		수납금액 ⑫ (⑩-⑪)	카드			
	이·미용비⑥			현금영수증			
				현금			
			합계				
		기타 ⑦		현금영수증			
			신분확인번호				
			현금승인번호				
			※ 비고				
	비급여 계 ⑧(④+⑤+⑥+⑦)						
신용카드를 사용하실때	회원 번호		승인번호		할부		사용금액
	카드 종류		유효기간		가맹점 번호		

장기요양기관명 : 년 월 일
대표자 : (인)

- * 이 명세서(영수증)는 「소득세법」에 따른 의료비 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증(현금영수증 승인번호가 적힌 경우) 공제신청에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 현금영수증(지출증빙)은 공제신청에 사용할 수 없습니다.
- * 이 명세서(영수증)에 대한 세부내역을 요구할 수 있습니다.
- * 비고란은 장기요양기관의 임의활용 란으로 사용합니다. 다만, 복지용구의 경우 품목과 구입·대여를 구분하여 적으시기 바랍니다.

() 년 약품점검대장

담 당	○○○	○○○

[illegible]

< 식 단 표(월 간) >

구분	일	월	화	수	목	금	토
일자	1/4	1/5	1/6	1/7	1/8	1/9	1/10
조식 (아침)							
중식 (점심)							
저녁 (석식)							
일자	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/17
조식 (아침)							
중식 (점심)							
저녁 (석식)							
일자	1/18	1/19	1/20	1/21	1/22	1/23	1/24
조식 (아침)							
중식 (점심)							
저녁 (석식)							
일자	1/25	1/26	1/27	1/28	1/29	1/30	1/31
조식 (아침)							
중식 (점심)							
저녁 (석식)							

본인부담금수납대장

년							
연번	월 일	성명	대상자 구분	수납금액(원)			
				계	급여	비급여	
					본인부담금	금액	항목
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
총계							

위 생 점 검 일 지

년 월 일 ~ 월 일

구 분	세 부 점 검 사 항		점 검 사 항							
			/	/	/	/	/	/	/	/
식당 내부 청결 상태	바닥, 유리창									
	식탁									
	배식대									
	식수대									
조리실 청결 상태	바닥									
	조리기구, 기계의 청결 및 정돈									
	식기 보관소									
	도마의 세척 및 소독 (소독방법:)									
	쟁크대 (개수구)									
	음식물 쓰레기 분리수거통									
식품 취급	전 처리과정의 위생 (생선 야채 등)									
	조리 후 식품 보관									
	배식 시 식품 보관									
	식품의 유통기한 확인									
냉동 냉장고	물품의 정리									
	바닥의 청결									
	온도	냉동 : °C								
		냉장 : °C								
세 척	식기 기구의 세척·소독 (소독방법:)									
	행주의 청결·소독 (소독방법:)									
	소독기 온도	아침 : °C								
		점심 : °C								
		저녁 : °C								
주방의 소독(소독방법:)										
창고	물품의 정리, 정돈									
	쥐, 곤충류의 유무									
	통풍, 습기의 상태									
조리사	조리사 손과 복장의 청결									
비 고	조치사항									
	점검자(명)									
	양호 : ○ 보통 : △ 불량 : ×									

심사청구서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리재기간 60일
① 청구인 (처분을 받은 자)	성명	주민등록번호
	주소 (전화번호:)	
② 처분의 요지	(처분을 한 분사무소:) (여백부족시 별지 사용)	
③ 처분이 있는 (도달한) 날	년 월 일	
④ 심사청구의 취지 및 이유	(여백부족시 별지 사용)	

「노인장기요양보험법」 제55조제1항 및 같은 법 시행규칙 제39조제1항에 따라 국민건강보험공단의 처분에 대하여 위와 같이 심사를 청구합니다.

년 월 일

청구인

성명:

(서명 또는 인)

대리인

성명:

(서명 또는 인)

주민등록번호:

청구인과의 관계:

주소:

전화번호:

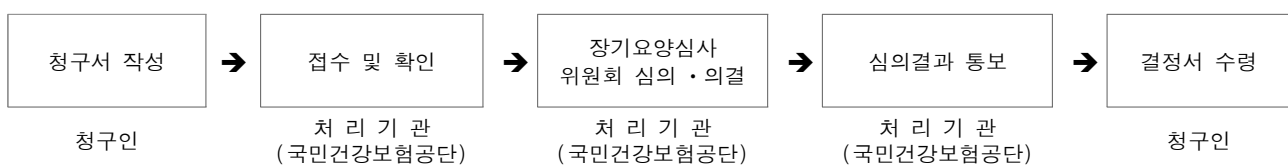
국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 증명할 수 있는 자료
------	----------------------

작성방법 및 유의사항

- ① 장기요양인정 및 등급, 장기요양급여, 부담이득, 장기요양급여비용, 장기요양보험료 등에 관하여 국민건강보험공단으로부터 처분을 받은 자의 성명, 주민등록번호, 주소를 적습니다(법인인 경우 법인명, 장기요양기관기호, 기관 주소를 적습니다).
- ② 심사청구의 대상이 되는 국민건강보험공단의 구체적 처분의 내용을 적습니다.
※ (처분을 한 분사무소:) : 해당 처분을 한 국민건강보험공단의 지역본부·지사명을 적습니다.
- ③ 국민건강보험공단의 처분통지를 받은 연월일을 적습니다.
- ④ 국민건강보험공단에 대하여 결정을 요구하는 사항과 심사청구를 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.

처 리 절 차



장기요양기관 착오지급내역 자진신고서(관할 노인장기요양보험운영센터용)

장기요양기관의 착오청구 급여비용 반환						
자 진 신 고 서						
신 고 자 (대 표 자)	① 성 명			② 생년월일		
	③ 주 소					
	④ 전화번호	() - / H.P : () -				
⑤ 기 관 명				⑥ 기관 기호		
⑦ 법인등록번호	-			⑧ 법인명		
⑨설립구분	<input type="checkbox"/> 국가 <input type="checkbox"/> 지방자치단체 <input type="checkbox"/> 법인() <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 기타()					
⑩ 기관유형 (급여종류)	시설	<input type="checkbox"/> 노인요양시설(구법) <input type="checkbox"/> 노인요양시설(개정법) <input type="checkbox"/> 노인전문요양시설 <input type="checkbox"/> 노인요양공동생활가정 <input type="checkbox"/> 노인요양시설(단기보호 전환)				
	재가	<input type="checkbox"/> 방문요양 <input type="checkbox"/> 방문목욕 <input type="checkbox"/> 방문간호 <input type="checkbox"/> 주·야간보호 <input type="checkbox"/> 단기보호 <input type="checkbox"/> 복지용구				
소 재 지	□□□-□□□□					
	전 화 번 호		팩 스 번 호		E-mail	@
<p>「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류), 제35조(장기요양기관의 의무 등) 등과 관련하여 위 장기요양기관이 장기요양급여를 제공함에 있어 착오로 급여비용을 지급받은 사실이 있어 자진하여 해당금액을 반환하고자 하니 처리하여 주시기 바라며 자진 신고 관련 다른 내용이 확인되는 경우 공단의 환수처분에 이의를 제기하지 않겠습니다.</p> <p style="text-align: center;">. . .</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 신고자(대표자) (서명 또는 인) </div> <p style="text-align: center;">국민건강보험공단 이사장귀하</p>						
붙임 서류	자진신고 내역서					

210mm×297mm[일반용지60g/m²(재활용품)]

* 이 신고서는 다음과 같이 처리됩니다.

신청인	접수 및 처리 (공단 운영센터) - 부당금액 신고
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>(장기요양기관)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">자진신고서 제출</div> </div> <div style="font-size: 2em;">→</div> <div style="text-align: center;"> <p>(공단 운영센터)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">접 수 및 검 토</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">장기요양기관 통보</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">부당 급여 신고 내역 환수</div> </div>	

< 작성요령 및 유의사항 >

① ~ ④: 신청인(대표자)의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호를 적습니다.

⑤ : 기관의 명칭을 적습니다. 법인의 경우 법인명칭을 포함하여 적습니다.

⑥ : 장기요양기관기호를 적습니다.

⑦~⑧ : 기관의 운영형태가 법인일 경우 법인등록번호 및 법인명을 적습니다

⑨ : 운영 중인 기관의 형태를 표기합니다.

※ 법인의 경우 ()에 재단법인, 사단법인, 의료법인, 사회복지법인, 종교법인, 학교법인 등 구체적으로 적습니다.

⑩ : 기관에서 제공하는 장기요양급여 종류를 모두 표기합니다. (중복으로 표기가능)

※ 노인요양시설(구법) 및 노인전문요양시설(구법)은 법률 제8608호 노인복지법 일부개정법률 전의 법률에 따른 기준에 의해 설립된 시설에 해당하며, 노인요양시설(현행법) 및 노인요양공동생활가정은 현행 「노인복지법」에 따라 설립된 시설을 표기합니다. 다만, 구법에 따라 설립된 시설 중 현행 기준에 따른 시설 기준 및 직원의 배치기준을 갖춘 경우는 노인요양시설(현행법)로 표기합니다.

⑪: 기관의 주소, 전화번호, 팩스번호, E-mail을 정확히 적습니다.

[구비서류 1]

부 당 · 착 오 자 진 신 고 내 역							
장기요양 기관명		장기요양 기관기호		급여 종별			
연 번	수급자명	장기요양인정번호		급여제공월	등급	심사접수번호	명일련
		수급자구분	감경구분	본인부담율	*본인부담금 수납여부(Y, N)	급여개시일	청구구분
	부당 · 착오일자		부당 · 착오 신고 내용(자세히 기재) ※본인부담금 미납 시 사유를 반드시 기재				
1							
2							
3							
4							
5							
6							

[자진신고내역 작성 예시]

[구비서류 1]						
부 당 · 착 오 자 진 신 고 내 역						
장기요양 기관명	○○재가요양기관		장기요양 기관기호	3-40000 -00001	급여 종별	방문요양
연 번	수급자명	장기요양인정번호		급여제공월	등급	심사접수번호
		수급자구분	감경구분	본인부담율	*본인부담금 수납여부(Y, N)	급여개시일
	부당·착오일자		부당·착오 신고 내용(자세히 기재) ※본인부담금 미납 시 사유를 반드시 기재			
1	김건이	L1234567890		2019.10.	3	2019100004642
		일반대상자	일반	15%	Y	2019.10.1.
	10/2,3,5,8,10		요양보호사 이강이는 배상책임보험 미가입자로 이강이가 서비스한 급여내역에 대한 급여일자인 10/2,3,5,8,10에 대한 180분수가(46,130원) 5일에 대한 공단부담금 10%를 감산 수가로 정산요청합니다.			

야 간 점 검 일 지

년 월 일 ~ 월 일

구분	세부점검사항	점검사항						
	일자	/	/	/	/	/	/	/
	점검시간	:	:	:	:	:	:	:
전기가스	소화기구							
	냉난방기							
	전기스위치							
	가스잠금장치							
	콘센트							
시설전반	출입구 잠금장치							
	주방 잠금장치							
	창문 개폐							
	온도 및 습도							
	위해물 질방치							
	비상구							
	유도등							
수급자 상태	침대난간							
	기타 안전사항							
	배회							
특이사항								
비고	조치사항							
	점검자(명)							
	양호 : ○ 보통 : △ 불량 : ×							

소방훈련·교육 결과기록부

0000. 00. 00.

소방대상물	상호(명칭)		방화관리등급	<input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급
	소재지			
	구조			
관계인	성명(기관 또는 법인명)	(서명 또는 인)		
	주소			
소방안전 관리자	성명		선임일자	
	직위		자격구분	<input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급
훈련· 교육일지				
훈련·교육 구분	<input type="checkbox"/> 자체훈련 <input type="checkbox"/> 합동훈련	교육구분	<input type="checkbox"/> 자체교육 <input type="checkbox"/> 그 밖의 교육	
훈련 통제관	(서명 또는 인)		교관	(서명 또는 인)
교육 교관	(서명 또는 인)			

훈련·교육 실시사항

※ 작성요령

- 훈련통제관 : 소방기관과의 합동훈련시 소방대원의 지휘관을 기재합니다.
- 훈련·교육실시사항 : 훈련·교육의 일시·장소·대상인원 및 내용의 개요를 기재합니다.

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

제 호		
소 독 증 명 서		
대상 시설	상호(명칭)	실시 면적(용적) m ² (m ³)
	소재지	
	관리(운영)자 확인	직위
		성명 (인)
소독기간	~	
소독 내용	종류	
	약품 사용 내용	
<p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제54조제1항 및 같은 법 시행규칙 제40조제2항에 따라 위와 같이 소독을 실시하였음을 증명합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">소독 실시자 상호(명칭) 소재지 성명(대표자) (인)</p>		

식중독 발생 보고서

기관명		보고일자		보고자		기관전화번호	
① 최초 발생일				② 최초 신고일			
③ 발생장소명				④ 소재지			
⑤ 발생시설구분	<input type="checkbox"/> 음식점 <input type="checkbox"/> 가정집 <input type="checkbox"/> 직영급식소 <input type="checkbox"/> 위탁급식소 <input type="checkbox"/> 기타			⑥ 위탁급식소명			
⑦ 환자 수				⑧ 사망자 수			
⑨ 총 섭취인원 (폭로자 수)				⑩ 추정 원인식품			
⑪ 발생상황 및 경위							
⑫ 조치사항							
⑬ 향후조치계획							
「식품위생법」 제86조제2항 및 같은 법 시행규칙 제93조제2항에 따라 보고합니다.							

소방시설현황(1)

[illegible]

소방시설현황(2)

[illegible]

간호비품 소독대장

연번	비품명	수량	소독장소	소독일자	소독방법	비고	소독자

※ 소독방법 : 증기소독, 끓는 물 소독, 약물소독 등

시 설 안 전 점 검 일 지

■ 점검일 : 0000년 00월 00일

■ 점검자 :

결 재	담당	사무국장	원장

분 야	점 검 항 목	점검 결과	건물별 370번지	점 검 결 과	조치 사항
건 축 시 설	0 구조안전성 -지반침하,구조체 변위 및 변형여부 -균열, 철근노출 및 부식여부 -누수 및 백태 발생 등	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
	0 건축마감 -내·외부 및 지붕 손상 및 오염상태 -창호 개폐 및 마감상태 등	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
	0 관리상태 -개·보수 실시 여부 -침수 및 배수피해 가능성 여부 -안전사고 발생 여부 등	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
부 대 시 설	0 옹벽, 석축, 비탈면 등 유지상태	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
	0 담장, 울타리, 벤치 등 안전시설 유지상태	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	

가 스 시 설	0 연탄 · 도시가스 · LPG 등 각종 가스 사고 발생예방 사전점검	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
전 기 시 설	0 전기시설(배선 등),취사시설,난방시설 등 각종 전기사용 시설의 안전상태 0 승강기 등 안전관리 상태 0 시설거주자 및 종사자에게 전열기사용 안전교육 실시 여부	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
소 방 시 설	0 소화설비의 정상작동, 경보설비의 정상작동 0 분말소화기, 투척용소화기 유지상태 0 난방시설 등 각종 화기사용 안전상태	결 과	71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			71	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			34	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	
			35	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 기타()	

가스 안전 점검표

결 재	담 당	000	000

점 검 장 소	
점 검 자	

번호	구분	점검항목	점검결과					비고 (조치사항)
1	LP 가스	LPG 용기는 실외에 보관되어 있는가?						
2		LPG용기 주위에 화기는 없는가?						
3	도시가 스	가스계량기 작동상태는 양호한가?						
4		계량기 주위에 화기는 없는가?						
5	공통	가스누설 경보기 작동상태는 정상인가?						
6		배관이나 호스가 손상된 곳은 없는가?						
7		배관 호스의 연결부 바닷물 점검시 누설되는 곳은 없는가?						
8		중간밸브는 견고하게 고정되어 있으며 작동은 잘 되는가?						
9		환기구 및 가스설치 장소의 통풍상태는 양호한가?						
10		가스불을 켜기 전에 충분히 환기시키는가?						
11		가스 미 사용시 연소기 쪽 중간밸브를 모두 잠그는가?						
12		소화기는 비치되어 있는가?						
점 검 일 자								
점검자(서명)								

※ 표기 - 정상/양호 : O 보통 : △ 불량 : X

전기 안전 점검표

결 재	담 당	000	000

점 검 장 소	
점 검 자	

점검사항		점검결과					기 타 / 조 치 사 항
1	건물이나 대용량 전기기구 회로별로 누전차단기 설치여부						
2	배선의 피복 손상 여부						
3	전선이 금속체나 젖은 구조물에 직접 접촉되지 않도록 배선되었는지의 여부						
4	노후되었거나 손상된 전선의 유무						
5	파손된 플러그의 유무						
6	손상된 콘센트 유무						
7	천장 등 보이지 않는 장소에 시설된 전선에 대한 점검을 실시 여부						
8	배선은 열이나 외부 충격 등에 노출되었는지 여부						
9	바닥이나 문틀을 통과하는 전선이 손상되지 않도록 배관 등으로 보호하는지의 여부						
10	각종 전기기기는 사용후에 반드시 플러그를 뽑아 두는지의 여부						
11	한 콘센트에 여러개의 플러그를 꽂아 사용하는 문어발식 사용 여부						
12	미사용중인 콘센트에는 모두 덮개가 씌워져 있는지의 여부						
점 검 일 자							
점검자(서명)							

※ 표기 - 정상/양호 : O 보통 : △ 불량 : X

화재예방 안전 점검표

결 재	담 당	000	000

점 검 일 자	
점 검 장 소	
점 검 자	

점 검 항 목		점검결과	기 타 / 조 치 사 항
화재예 방계획	1. 화재예방 대책수립 여부		
	2. 자위소방대 조직 편성 여부		
	3. 화재에 대비한 각 개인별 임무 숙지 여부		
	4. 비상연락망 편성여부		
	5. 화재 예방 교육 계획 수립 및 훈련실시 여부		
	6. 화재 발생 우려 장소에 대한 순찰 계획 수립 및 확인여부		
	7. 화재 위험 지역에 금연표시 설치유무		
	8. 시설내 전선노후 및 단락 여부		
	9. 누전 차단기의 기능 적정성 여부		
	10. 소방 안전 점검표 비치 여부		
	11. 시설내 화재대응 포스터 부착 여부		
소화 설비	소화기	12. 소화기 적정장소 비치 여부	
		13. 안전핀, 호스, 노즐 등의 안전부착 여부	
		14. 약제 충전 기간 확인여부	
	스프링클러	15. 스프링 클러 설치 여부	
		16. 전동기 및 펌프는 주기적으로 작동 확인	
		17. 배관 파손, 변형 및 밸브의 개폐여부	
피난 설비	18. 유도등의 출입구 및 비상구 상단에 설치 유무		
	19. 유도표지의 적정설치 유무		
	20. 비상조명 등의 적정 위치와 점등 여부		
	21. 비상탈출구의 피난통로 확보 및 장애물 등의 비치 유무		
경보 설비	22. 자동화재탐지설비의 정상 유무		
	23. 자동화재속보설비의 정상 유무		
	24. 비상방송 등 경보설비 정상 유무		

()업무분장표

결 재	담 당	000	000

※ 작성일 : 년 월

담당	업무내용	업무 대행자	대행자 업무
시설장 (김00)	1.	사무국장 (이00)	1,3,6 7,8,9
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
사무 국장 (이00)	1.	복지팀장 (박00)	1,4,6 7,8,9
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
복지 팀장 (박00)	1.	사무국장 (이00) 간호팀장 (최00)	사무국장 1,4,7 / 간호팀장 5,8,9
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

< 근무편성표 예시 >

- 제1안 : 일자별 시설에서 근무하는 모든 직원 기입
(요양보호사는 근무방법에 따라 교대 형식으로 정하여 기입)

일	월	화	수	목	금	토
1	2	3	4	5	6	7
간호사:갑 물리치료사:을 사회복지사:병 요양보호사:정(주간) 요양보호사:무(야간)						
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

주) 일자별 근무할 요양보호사 성명 기재 방법
- 3교대는 오전, 오후, 야간으로 구분하고, 2교대는 오전, 오후(또는 주간, 야간)로 구분 표기

- 제2안 : 모든 직원에 대한 일자별 근무형태 표기

연번	성명	직위	1	2	3	4	5	...	27	28	29	30	31
1	가	사무국장	S	S	S	S	S	...	S	S	S	S	S
2	나	사회복지사	S	S	S	S	S	...	S	S	S	S	S
3	다	간호사	S	S	S	S	S	...	S	S	S	S	S
4	라	요양보호사	D	D	D	D	D	...	D	D	D	D	D
5	마	요양보호사	E	E	E	E	E	...	E	E	E	E	E
6	바	요양보호사	N	N	N	N	N	...	D	D	D	D	D
7	사	요양보호사	D	D	D	D	D	...	E	E	E	E	E
8	아	요양보호사	E	E	E	E	E	...	N	N	N	N	N

<보기> S : 상근(09:00~18:00) D : 07:00~15:00, E : 15:00~23:00, N : 23:00~07:00

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

예시] 표준근로계약서 [재가용]

_____ (이하 '사업주(사업주의 위임을 받은 사용자 포함)'라 함)과
_____ (이하 '근로자'라 함)은(는) 다음과 같이 근로계약을 체결한다.

1. 근로개시일 :

년 월 일부터

* 근로 계약 시 기한의 정함이 있는 경우에만 근로종료일 기재

2. 근무장소 : _____

* '사업주'가 지정하는 장소(단, 업무상 필요한 경우 '사업주'가 '근로자'와 협의하에 근무장소를 변경할 수 있다)

3. 근무직종 및 업무 내용

1) 직종 : _____

2) 업무내용 : _____

4. 근로시간 및 휴게시간

1) 근무형태, 근무시간, 휴게시간은 다음 각호와 같다.

① 근무형태 : _____

② 근무시간 : _____

③ 휴게시간 : _____

2) 방문 요양보호사의 경우 근무 일정표에 따른다.

3) 1주간의 근로시간은 휴게시간을 제외하고 40시간을 초과할 수 없다. 단, 당사
자 간의 합의에 따라 1주 12시간을 한도로 근무시간을 연장할 수 있다.

5. 근무일 및 휴일

1) 근무일 : _____

2) 휴 일 : _____

① 주휴일(매주 요일)

② 근로자의 날(5.1.)

③ 근로기준법 시행령 제30조제2항에서 정하고 있는 공휴일 및 대체공휴일

6. 임금

1) 급여적용기간 : 년 월 일부터 년 월 일까지

2) 급여항목 :

○ 월급제 ()(급여지급형태 V표시)

임금항목	산정시간(월)	금액
통상임금(시급)	-	
주휴수당	-	
휴일수당	_____시간	
장기근속장려금		
가족수당		
명절수당		
OO수당		
OO수당		
합 계		

○ 시급제 ()(급여지급형태 V표시)

항 목	금 액
기본시급	

3) 위 명시된 연장, 야간, 휴일근로를 한 경우에는 해당 시간에 대해 근로기준법 제56조에 따라 가산수당을 지급한다.

4) 임금지급일 : 급여는 매월 일부터 일까지 정산하여 월 일에 지급한다(휴일의 경우는 전일 또는 익일 지급)

5) 임금지급방법 : 계좌이체(등록된 본인의 예금계좌로 입금)로 지급한다.
(은행, 계좌번호 : 예금주 _____)

7. 연차유급휴가

1) 1년간 80퍼센트 이상 출근한 경우 15일의 유급휴가를 부여한다. 계속하여 근로한 기간이 1년 미만인 경우 또는 1년간 80퍼센트 미만 출근한 경우에는 1개월 개근 시 1일의 유급휴가를 부여한다.

2) 사용자는 근로자가 청구한 시기에 휴가를 주어야 한다. 다만, 청구한 시기에 휴가를 주는 것이 시설 운영에 막대한 지장이 있는 경우에는 그 시기를 변경할 수 있다.

3) 기타 사항은 근로기준법 및 취업규칙 등에서 정하는 바에 따른다.

8. 사회보험 적용 및 신고(해당란에 체크)

사업주는 근로자에 대하여 관계법령에 따라 사회보험을 신고한다.

☐ 고용보험 ☐ 산재보험 ☐ 국민연금 ☐ 건강보험

9. 퇴직급여

- 1) 퇴직급여제도의 종류 : _____
- 2) 사업주는 계속근로기간이 1년 이상, 1주간 평균 15시간 이상 근무한 자가 퇴직하는 경우 그 지급 사유가 발생한 날로부터 14일 이내에 퇴직급여를 지급하여야 한다.
- 3) 근로자가 퇴직금을 받을 권리는 3년간 보장된다.
- 4) 퇴직금과 관련한 그 외 구체적인 사항은 근로자퇴직급여보장법이 정한 바에 따른다.

10. 근로계약 해지 및 해고의 제한

단체협약, 취업규칙, 근로기준법 등 노동관계법령에 따른다.

11 근로계약서 교부

근로계약서 1부를 각각 작성하여 보관하도록 한다

12. 기타

이 계약서에 명시되지 않은 사항은 단체협약, 취업규칙, 근로기준법 등 노동관계법령에 따르며, 사업주는 근로자의 권리와 의무를 명확히 설명해야 한다.

근로계약일 : 년 월 일

(사업주)

기관명:

주 소: (연락처:)

대표자: (서명)

(근로자)

생년월일:

주 소: (연락처:)

성 명: (서명)

예시] 표준근로계약서 [시설용]

_____ (이하 '사업주(사업주의 위임을 받은 사용자 포함)'라 함)과
_____ (이하 '근로자'라 함)은(는) 다음과 같이 근로계약을 체결한다.

1. 근로개시일 :

년 월 일부터

* 근로 계약 시 기한의 정함이 있는 경우에만 근로종료일 기재

2. 근무장소 : _____

* '사업주'가 지정하는 장소(단, 업무상 필요한 경우 '사업주'가 '근로자'와 협의하에 근무장소를 변경할 수 있다)

3. 근무직종 및 업무 내용

1) 직종 : _____

2) 업무내용 : _____

4. 근로시간 및 휴게시간

1) 근무형태, 근무시간, 휴게시간은 다음 각호와 같다.

① 근무형태 : _____

② 근무시간 : _____

③ 휴게시간 : _____

2) 교대근무자의 경우 근무 일정표에 따른다.

3) 1주간의 근로시간은 휴게시간을 제외하고 40시간을 초과할 수 없다. 단, 당사
자 간의 합의에 따라 1주 12시간을 한도로 근무시간을 연장할 수 있다.

5. 근무일 및 휴일

1) 근무일 : _____

2) 휴 일 : _____

① 주휴일(매주 요일)

② 근로자의 날(5.1.)

③ 근로기준법 시행령 제30조제2항에서 정하고 있는 공휴일 및 대체공휴일

6. 임금

1) 급여적용기간 : 년 월 일부터 년 월 일까지

2) 급여항목 :

임금항목		산정시간(월)	금액
통상임금 (시급)		-	
기본급		-	
연장수당		__시간	
야간수당		__시간	
휴일수당		__시간	
기타수당	장기근속장려금		
	가족수당		
	명절수당		
	OO수당		
	OO수당		
합 계			

3) 위 명시된 연장, 야간, 휴일근로를 한 경우에는 해당 시간에 대해 근로기준법 제56조에 따라 가산수당을 지급한다.

4) 임금지급일 : 급여는 매월 일부터 일까지 정산하여 월 일에 지급한다(휴일의 경우는 전일 또는 익일 지급)

5) 임금지급방법 : 계좌이체(등록된 본인의 예금계좌로 입금)로 지급한다.
(은행, 계좌번호 : 예금주 _____)

7. 연차유급휴가

1) 1년간 80퍼센트 이상 출근한 경우 15일의 유급휴가를 부여한다. 계속하여 근로한 기간이 1년 미만인 경우 또는 1년간 80퍼센트 미만 출근한 경우에는 1개월 개근 시 1일의 유급휴가를 부여한다.

2) 사용자는 근로자가 청구한 시기에 휴가를 주어야 한다. 다만, 청구한 시기에 휴가를 주는 것이 시설 운영에 막대한 지장이 있는 경우에는 그 시기를 변경할 수 있다.

3) 기타 사항은 근로기준법 및 취업규칙 등에서 정하는 바에 따른다.

8. 사회보험 적용 및 신고(해당란에 체크)

사업주는 근로자에 대하여 관계법령에 따라 사회보험을 신고한다.

☐ 고용보험 ☐ 산재보험 ☐ 국민연금 ☐ 건강보험

1) 퇴직급여제도의 종류 : _____

- 67 -

표준근로계약서 작성 시 참고사항 (요양보호사)

1. 사업주는 요양보호사의 권리 및 의무를 명확히 설명하고, 근로기준법상 규정을 준수해야 합니다.

- 1-1. 기관 측과 요양보호사가 체결하는 계약의 형태(근로계약)와 계약의 내용을 명확히 작성하여 각각 1부씩 보관합니다.
- 1-2. 사업주는 계약서 등에 기초하여 기관 측과 요양보호사가 부담하는 권리의무 관계 내지 권리의무 내용을 명확히 설명해야 합니다.
- 1-3. 사업주는 근로기준법(근로계약서 작성, 임금, 퇴직금, 휴게시간 및 휴가 등)상 제 규정의 내용을 준수해야 합니다.
- 1-4. 사업주는 계약서에 명시되지 않은 사항은 취업규칙, 단체협약, 근로기준법 등 노동관계법령을 따라야 하며, 동 내용을 근로자에게도 설명해야 합니다.

2. 근로계약시 기한의 정함이 있는 경우에만 근로종료일을 기재합니다.

- 2-1. 근로 계약 시 기한의 정함이 있는 경우에 근로종료일을 기재합니다. 다만, 기한의 정함이 있는 경우에도 단기간 근로계약 반복체결 등은 근로의 계속성을 인정할 수 있습니다.

기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률 제4조(기간제근로자의 사용)

① 사용자는 2년을 초과하지 아니하는 범위 안에서(기간제 근로계약의 반복갱신 등의 경우에는 그 계속근로한 총기간이 2년을 초과하지 아니하는 범위 안에서) 기간제근로자를 사용할 수 있다.

(대법원 2006.12.7.) 갱신되거나 반복 체결된 근로계약 사이에 일부 공백기간이 있다 하더라도 근로종단기간, 임금 미지급 사유 등 여러사안을 고려하여 근로관계의 계속성은 유지될수 있다.

3. 근무장소와 업무내용을 명확히 정해 둡니다.

- 3-1. 근무장소는 요양보호사가 요양업무 제공을 위해 필요한 곳으로 한정한다는 의미를 명확히 명시합니다. 다만, 업무상 필요한 경우 ‘사업주’와 ‘근로자’ 간 협의하에 근무장소를 변경할 수 있으며, 기관별 특성에 따른 사항은 기관내 취업규칙으로 정할 수 있습니다.
- 3-2. 업무내용은 노인장기요양보험법 및 노인복지법, 보건복지부 고시에 명시된 급여 범위로 정합니다. 다만 노인복지법 시행규칙 별표4, 별표9에 따라 업무를 수행하되 세부적인 업무의 내용은 각 직종이 적용받는 법에 위배되지 않는 범위 내에서 기관의 운영기준에 따라 업무내용을 판단할 수 있습니다.
- 3-3 「노인장기요양보험법」 제28조의2(급여외 행위의 제공금지)에 명시된 업무요구는 금지합니다.

4. 근무시간 및 휴게시간을 명확히 정해 둡니다.

- 4-1. 사업주는 요양보호사의 서비스 제공 시간에 대한 분쟁이 발생하지 않도록 어느 범위까지가 보수가 지급되는 근무시간인지 계산하는 방법을 구체적으로 명시해야 합니다.
- 4-2. 근로시간을 산정하는 경우 작업을 위하여 ‘근로자’가 ‘사업주’의 지휘·감독 아래에 있는 대기시간 등은 근로시간으로 인정해야 합니다. 따라서, 사업주는 실질적인 휴식이 가능한 휴게시간을 보장해야 합니다.
- 4-3. 일주일 중 근무를 할 수 있는 요일도 미리 정하여 근무일을 명시해야 합니다.

5. 보수지급 관계를 명확히 정해 둡니다.

- 5-1. 보수의 내역(기본급, 연장근로수당, 야간근로수당, 휴일근로수당, 식대, 교통비 등) 및 지급시기를 구체적으로 명시해야 합니다.

6. 모든 기관은 사회보험 적용 대상입니다.

- 6-1. 1인 이상 ‘근로자’를 고용하는 모든 사업장은 4대 보험(국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험) 의무 가입대상입니다.
- * 1개월 동안의 소정근로시간이 60시간 미만인 경우에는 국민연금·건강보험·고용보험 가입대상에서 제외(산재보험은 근로시간과 관계없이 가입대상) 단, 고용보험의 경우는 1개월 소정근로시간이 60시간 미만이라도 3개월 이상 계속하여 근로를 제공하는 자는 의무가입 대상에 해당
 - * 국민연금의 경우 만60세 이상은 적용제외 대상에 해당
- 6-2. 피보험자격의 취득 또는 상실 신고는 근로개시일 또는 근로계약 종료일의 다음 달 15일까지 처리하며, 그 사유를 사실 그대로 기재합니다.
- 6-3. ‘사업주’는 ‘근로자’가 근무하는 기간 동안 배상책임보험에 가입해야 합니다.

7. 요양보호사의 고충처리 절차와 권리를 명확히 설명해 둡니다.

- 7-1. 사업주는 수급자 가족이나 수급자 본인에 의한 파출부와 같은 잡일 부탁이나 성적 괴롭힘, 잦은 교체 요구 등으로 갈등이나 문제가 발생하였을 경우 이를 해결할 수 있는 분쟁처리나 고충해결 절차를 구체적으로 설명합니다.
- 7-2. 사업주는 위와 같은 분쟁이나 고충이 발생하였을 경우 규정에 마련된 분쟁해결 절차나 고충해결 절차에 따라 해결할 수 있음을 요양보호사에게 정확히 설명합니다.
- 7-3. 사업주는 요양보호사가 위와 같은 분쟁이나 고충으로 수급자 내지 그 가족들과 갈등이 있더라도 이를 이유로 불이익한 처우를 받지 않을 권리가 있음을 명시하고, 그 명시 규정을 정확히 설명해야 합니다.

※ 사업주는 노인복지 사업안내 지침에 명시된 표준근로계약서를 사용하되, 기관별 특성에 맞는 별도의 표준근로계약서를 사용할 시 지침에 명시된 표준근로계약서의 필수 항목이 모두 포함될 수 있도록 작성해야 합니다.

※ 본 양식은 고용노동부 ‘표준근로계약서’를 기본으로, 장기요양기관에 맞추어 재구성한 양식임
-보건복지부 “2022년도 노인보건의료사업안내 I”참조

근 무 상 황 부

년 월

일자	이름	근무처	직위	근무형태	출근시간	퇴근일	퇴근시간	비고
20 . .	****	전문조리	조리원	A	5:01	20 . .	15:05	
20 . .	****	전문조리	조리원	A	5:09	20 . .	14:35	
20 . .	****	전문조리	조리원	A	5:15	20 . .	14:36	
20 . .	****	전문조리	조리원	A	5:24	20 . .	15:06	
20 . .	****	전문5층단풍나무	요양보호사	D	6:16	20 . .	15:27	
20 . .	****	전문2층복숭아	요양보호사	D	6:40	20 . .	16:04	
20 . .	****	전문5층매화	요양보호사	D	6:40	20 . .	15:20	
20 . .	****	전문3층은행나무	요양보호사	D	6:43	20 . .	15:36	
20 . .	****	전문간호	간호사	ND	6:46	20 . .	15:40	
20 . .	****	전문간호	간호사	ND	6:47	20 . .	15:49	
20 . .	****	전문간호	간호사	ND	6:53	20 . .	15:34	
20 . .	****	전문4층머루	요양보호사	D	7:04	20 . .	15:23	
20 . .	****	전문1층카네이션	요양보호사	S	9:04	20 . .	18:33	
20 . .	****	전문4층민들레	요양보호사	S	9:05	20 . .	18:34	
20 . .	****	전문조리	조리원	B	9:05	20 . .	19:52	
20 . .	****	전문5층사과	요양보호사	S	9:06	20 . .	18:44	
20 . .	****	전문4층민들레	요양보호사	S	9:09	20 . .	18:37	
20 . .	****	전문조리	조리원	B	9:15	20 . .	19:45	
20 . .	****	전문2층복숭아	요양보호사	S	9:17	20 . .	18:33	
20 . .	****	전문2층다래	요양보호사	S	9:17	20 . .	18:41	
20 . .	****	전문5층사과	요양보호사	S	9:20	20 . .	18:37	
20 . .	****	전문조리	조리원	B	9:20	20 . .	19:52	
20 . .	****	전문복지	사회복지사	S	12:15	20 . .	21:51	
20 . .	****	전문4층살구	요양보호사	E	12:16	20 . .	21:35	
20 . .	****	전문5층매화	요양보호사	E	13:00	20 . .	21:33	
20 . .	****	전문간호	간호사	NE	14:16	20 . .	22:28	
20 . .	****	전문4층살구	요양보호사	N	19:55	20 . .	8:13	
20 . .	****	전문2층복숭아	요양보호사	N	21:08	20 . .	8:14	
20 . .	****	전문1층카네이션	요양보호사	N	21:09	20 . .	8:04	
20 . .	****	전문간호	간호사	NN	21:09	20 . .	8:00	
20 . .	****	전문4층민들레	요양보호사	N	21:15	20 . .	8:20	

재 직 증 명 서

제 - 호

인 적 사 항	이름	한글			주민등록번호		
		한자					
	주 소						
재 직 사 항	소 속						
	직 위			직 급		직 책	
	재직기간		~				
용 도							

발행일자: 년 월 일

0000요양센터(직인)

주소 :

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

경 력 증 명 서

제 - 호

인 적 사 항	이름	한글			주민등록번호		
		한자					
	주 소						
경 력 사 항	소 속						
	직 위		직 급		직 책		
	재직기간		~				
	근무년한		년 개월 일				
퇴직사유							
용 도							

발행일자: 년 월 일

0000요양센터(직인)

주소 :

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

휴 가 신 청 서

부 서	
직 위	
성 명	
휴 가 구 분	
휴 가 기 간	년 월 일 ~ 년 월 일 (일간)
휴 가 사 유	
비 상 연 락 처	
업 무 대 행 자	

위와 같이 휴가를 신청합니다.

년 월 일

신 청 자 : (인)

*****요양센터 시설장 귀하

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

결 재	담 당	000	000

출 장 명 령 서

1. 출 장 신 청 자						
부서	직위	성명	출 장 지 역	출 장 목 적	기 간	
					~	
2. 출 장 인 원 (상세정보)						
부서	직위	성명	출 장 지 역	출 장 목 적	기 간	비용
3. 비 고						

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

사 직 원

소 속 :

직 위 :

성 명 :

본인은 사정으로 . . . 일부로 사직하고자 하니
조치하여 주시기 바랍니다.

붙임 서약서 1부 ... 시설현황에 맞게 별도 작성 후 첨부

년 월 일

위 원 인

(서명 또는 인)

00요양원장 귀하

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

(휴 직, 복 직) 신 청 서

신 청 인	소 속		직 위	
	성 명		주민등록 번 호	
	주 소		전 화	
	입사년월일	년 월 일	근속기간	
기 간		년 월 일 ~ 년 월 일 (년 개월)		
사 유				

00요양원 내부규정에 의거 (휴직, 복직)을 신청하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

첨 부 : 사유를 입증할 수 있는 관련서류

년 월 일

신 청 인

(서명 또는 날인)

0 0 요 양 원 장 귀 하

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

근골격계 증상조사표

I. 아래 사항을 직접 기입해 주시기 바랍니다.

작성일 :

성 명	(서 명)	연 령	만 세
성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	현 직장경력	년 개월째 근무 중
작업부서	부 라인 작업(수행작업)	결혼여부	<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 미혼
현재하고 있는 작업(구체적으로)	작 업 내 용 : 작 업 기 간 : 년 개월째 하고 있음		
1일 근무시간	시간 근무 중 휴식시간(식사시간 제외) 분씩 회 휴식		
현작업을 하기 전에 했던 작업	작 업 내 용 : 작 업 기 간 : 년 개월 동안 했음		

1. 규칙적인(한번에 30분 이상, 1주일에 적어도 2-3회 이상) 여가 및 취미활동을 하고 계시는 곳에 표시 (√)하여 주십시오.

- ☐ 컴퓨터 관련활동 ☐ 악기연주(피아노, 바이올린 등) ☐ 뜨개질 자수, 붓글씨
☐ 테니스/배드민턴/스쿼시 ☐ 축구/족구/농구/스키 ☐ 해당사항 없음

2. 귀하의 하루 평균 가사노동시간(밥하기, 빨래하기, 청소하기, 2살 미만의 아이 돌보기 등)은 얼마나 됩니까 ?

- ☐ 거의 하지 않는다 ☐ 1시간 미만 ☐ 1-2시간 미만 ☐ 2-3시간 미만 ☐ 3시간 이상

3. 귀하는 의사로부터 다음과 같은 질병에 대해 진단을 받은 적이 있습니까 ?(해당 질병에 체크)
 (보기 : ☐ 류머티스 관절염 ☐ 당뇨병 ☐ 루프스병 ☐ 통풍 ☐ 알코올중독)

- ☐ 아니오 ☐ 예('예'인 경우 현재상태는 ? ☐ 완치 ☐ 치료나 관찰 중)

4. 과거에 운동 중 혹은 사고로(교통사고, 넘어짐, 추락 등) 인해 손/손가락/손목, 팔/팔꿈치, 어깨, 목, 허리, 다리/발 부위를 다친 적이 있습니까 ?

- ☐ 아니오 ☐ 예

('예'인 경우 상해 부위는 ? ☐ 손/손가락/손목 ☐ 팔/팔꿈치 ☐ 어깨 ☐ 목 ☐ 허리 ☐ 다리/발)

5. 현재 하고 계시는 일의 육체적 부담 정도는 어느 정도라고 생각합니까 ?

- ☐ 전혀 힘들지 않음 ☐ 견딜만 함 ☐ 약간 힘들 ☐ 매우 힘들

II. 지난 1년 동안 손/손가락/손목, 팔/팔꿈치, 어깨, 허리, 다리/발 중 어느 한 부위에서라도 귀하의 작업과 관련하여 통증이나 불편함(통증, 쑤시는 느낌, 뻣뻣함, 화끈거리는 느낌, 무감각 혹은 찌릿찌릿함 등)을 느끼신 적이 있습니까 ?

☐ 아니오(수고하셨습니다. 설문을 다 마치셨습니다.)

☐ 예("예"라고 답하신 분은 아래 표의 통증부위에 체크(√)하고, 해당 통증부위의 세로줄로 내려가며 해당사항에 체크(√)해 주십시오)

통증 부위	목()	어깨()	팔/팔꿈치()	손/손목/손가락()	허리()	다리/발()
1. 통증의 구체적 부위는?		<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두	<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두		<input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 모두
2. 한번 아프기 시작하면 통증 기간은 얼마 동안 지속됩니까?	<input type="checkbox"/> 1일 미만 <input type="checkbox"/> 1일 - 1주일 미만 <input type="checkbox"/> 1주일 - 1달 미만 <input type="checkbox"/> 1달 - 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월 이상	<input type="checkbox"/> 1일 미만 <input type="checkbox"/> 1일 - 1주일 미만 <input type="checkbox"/> 1주일 - 1달 미만 <input type="checkbox"/> 1달 - 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월 이상	<input type="checkbox"/> 1일 미만 <input type="checkbox"/> 1일 - 1주일 미만 <input type="checkbox"/> 1주일 - 1달 미만 <input type="checkbox"/> 1달 - 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월 이상	<input type="checkbox"/> 1일 미만 <input type="checkbox"/> 1일 - 1주일 미만 <input type="checkbox"/> 1주일 - 1달 미만 <input type="checkbox"/> 1달 - 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월 이상	<input type="checkbox"/> 1일 미만 <input type="checkbox"/> 1일 - 1주일 미만 <input type="checkbox"/> 1주일 - 1달 미만 <input type="checkbox"/> 1달 - 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월 이상	<input type="checkbox"/> 1일 미만 <input type="checkbox"/> 1일 - 1주일 미만 <input type="checkbox"/> 1주일 - 1달 미만 <input type="checkbox"/> 1달 - 6개월 미만 <input type="checkbox"/> 6개월 이상
3. 그때의 아픈 정도는 어느 정도입니까? (보기 참조)	<input type="checkbox"/> 약한 통증 <input type="checkbox"/> 중간 통증 <input type="checkbox"/> 심한 통증 <input type="checkbox"/> 매우 심한 통증	<input type="checkbox"/> 약한 통증 <input type="checkbox"/> 중간 통증 <input type="checkbox"/> 심한 통증 <input type="checkbox"/> 매우 심한 통증	<input type="checkbox"/> 약한 통증 <input type="checkbox"/> 중간 통증 <input type="checkbox"/> 심한 통증 <input type="checkbox"/> 매우 심한 통증	<input type="checkbox"/> 약한 통증 <input type="checkbox"/> 중간 통증 <input type="checkbox"/> 심한 통증 <input type="checkbox"/> 매우 심한 통증	<input type="checkbox"/> 약한 통증 <input type="checkbox"/> 중간 통증 <input type="checkbox"/> 심한 통증 <input type="checkbox"/> 매우 심한 통증	<input type="checkbox"/> 약한 통증 <input type="checkbox"/> 중간 통증 <input type="checkbox"/> 심한 통증 <input type="checkbox"/> 매우 심한 통증
	<보기>	약한 통증 : 약간 불편한 정도이나 작업에 열중할 때는 못 느낀다 중간 통증 : 작업 중 통증이 있으나 귀가 후 휴식을 취하면 괜찮다 심한 통증 : 작업 중 통증이 비교적 심하고 귀가 후에도 통증이 계속된다 매우 심한 통증 : 통증 때문에 작업은 물론 일상생활을 하기가 어렵다				
4. 지난 1년 동안 이러한 증상을 얼마나 자주 경험하십니까?	<input type="checkbox"/> 6개월에 1번 <input type="checkbox"/> 2-3달에 1번 <input type="checkbox"/> 1달에 1번 <input type="checkbox"/> 1주일에 1번 <input type="checkbox"/> 매일	<input type="checkbox"/> 6개월에 1번 <input type="checkbox"/> 2-3달에 1번 <input type="checkbox"/> 1달에 1번 <input type="checkbox"/> 1주일에 1번 <input type="checkbox"/> 매일	<input type="checkbox"/> 6개월에 1번 <input type="checkbox"/> 2-3달에 1번 <input type="checkbox"/> 1달에 1번 <input type="checkbox"/> 1주일에 1번 <input type="checkbox"/> 매일	<input type="checkbox"/> 6개월에 1번 <input type="checkbox"/> 2-3달에 1번 <input type="checkbox"/> 1달에 1번 <input type="checkbox"/> 1주일에 1번 <input type="checkbox"/> 매일	<input type="checkbox"/> 6개월에 1번 <input type="checkbox"/> 2-3달에 1번 <input type="checkbox"/> 1달에 1번 <input type="checkbox"/> 1주일에 1번 <input type="checkbox"/> 매일	<input type="checkbox"/> 6개월에 1번 <input type="checkbox"/> 2-3달에 1번 <input type="checkbox"/> 1달에 1번 <input type="checkbox"/> 1주일에 1번 <input type="checkbox"/> 매일
5. 지난 1주일 동안에도 이러한 증상이 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
6. 지난 1년 동안 이러한 통증으로 인해 어떤 일이 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 병원·한의원 치료 <input type="checkbox"/> 약국치료 <input type="checkbox"/> 병가, 산재 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 병원·한의원 치료 <input type="checkbox"/> 약국치료 <input type="checkbox"/> 병가, 산재 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 병원·한의원 치료 <input type="checkbox"/> 약국치료 <input type="checkbox"/> 병가, 산재 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 병원·한의원 치료 <input type="checkbox"/> 약국치료 <input type="checkbox"/> 병가, 산재 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 병원·한의원 치료 <input type="checkbox"/> 약국치료 <input type="checkbox"/> 병가, 산재 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()	<input type="checkbox"/> 병원·한의원 치료 <input type="checkbox"/> 약국치료 <input type="checkbox"/> 병가, 산재 <input type="checkbox"/> 작업 전환 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 기타 ()

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

교육관리일지

서 비 스		강사명		담 당 자	
작성일자		교육일자		교 육 비	
교육인원		교육시간	: ~ :		
교육장소					
제 목					
참 석 자					
교육내용					
특이사항					
비 고					
<p>붙임 1. 교육자료 1부. 2. 참석자 서명부 1부. 3. 0000 끝. 추가요청</p> <p>※ 위의 서식은 참고용이며, 용도에 따라 수정 가능함</p>					

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

교 육 일 지		담당자	000	000
일 시	년 월 일 요일 (: ~ :)			
강 사		참석자	/ 명	
교 육 명		교육방법		
교육내용				
붙임 1. 교육자료 1부. 2. 참석자 서명부 1부. 끝. 3. 0000. 끝.				

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

고충 접수 및 처리 대장

접수 번호	접수 일자	신청인		고충내용	처리결과	회신 일자	확인	
		성명	소속부서				상담원	팀장

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

성희롱 고충 신청서

접수일	20 . . .		담당자	(서명)
당사자	신청인		소속	
			성별	
	대리인 <small>※ 대리인이 신청하는 경우</small>		소속	
			성별	
	행위자		소속	
			성별	
상 담 (신 청) 내 용	<p>※ 6하 원칙에 의해 문제가 되는 행위, 지속성의 여부, 목격자 혹은 증인의 유무 등을 기록</p>			
요구사항 <small>※ 조사를 원하는 경우</small>	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">1. 성희롱의 중지()</div> <div style="width: 50%;">2. 공개사과()</div> <div style="width: 50%;">3. 징계 등 인사조치()</div> <div style="width: 50%;">4. 기타()</div> </div>			
처리결과				
※ 관련 자료 첨부				

※ 본 양식은 법정서식 혹은 공단지정양식이 아니며, 기관 상황에 맞추어 응용하여 활용 가능

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항」[별지 제27호서식]

유급휴일 근무 관리대장

() 년

장기요양기관명					장기요양기관기호				
연번	해당 일자		종사자 (직종)	성명	해당 월(유급휴일)			서명	
	근무일자 (유급휴일)	사용 예정 일자			월 기준 근무시간	실 근무시간	이월 가능시간	종사자	시설장
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

작 성 요 령

1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
2. 고시 제20조제1항제4호에 따른 유급휴일에 근무한 종사자 중 해당 월에 월 기준 근무시간을 초과한 근무자에 한하여 작성합니다.
3. 이월가능 시간은 최대 8시간 범위 내에서 작성합니다.
4. 「근로기준법」 제55조제2항에 따라 근로자대표와 서면 합의한 증빙자료는 본 관리대장과 함께 별도 보관하여야 합니다.

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항」

[별지 제25호서식]

<h2 style="margin: 0;">교육시간 관리 대장</h2>
--

1	교육일자		교육시간	: ~ : ()
	교 육 명		교육장소	
	주요내용		주 관 처	
	종사자 성명		종사자 직종	
	근 거		비 고	

2	교육일자		교육시간	: ~ : ()
	교 육 명		교육장소	
	주요내용		주 관 처	
	종사자 성명		종사자 직종	
	근 거		비 고	

3	교육일자		교육시간	: ~ : ()
	교 육 명		교육장소	
	주요내용		주 관 처	
	종사자 성명		종사자 직종	
	근 거		비 고	

4	교육일자		교육시간	: ~ : ()
	교 육 명		교육장소	
	주요내용		주 관 처	
	종사자 성명		종사자 직종	
	근 거		비 고	

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
 ‘근거’ 란에는 외부기관의 교육참여요청 문서번호 등을 기재하거나 이수증 등을 구비합니다.

<장기요양급여 이용 표준약관(2014.9.19.개정)>은 공정거래위원회에서 제공하는 양식입니다. 반드시 아래내용을 확인하여 활용하시기 바랍니다.

- 1) 표준약관과 다른 약관을 사용하는 경우 다르게 정한 주요 내용을 고객이 알기 쉽게 표시하여야 하고 이를 위반한 경우 500만원 이하의 과태료 부과
- 2) 표준약관과 다른 내용을 약관으로 사용하는 경우 표준약관 표지(마크) 사용이 불가하며 이를 위반한 경우 표준약관의 내용보다 고객에게 더 불리한 약관의 내용은 무효가 되고 5천만원 이하의 과태료 부과

※ 「약관의 규제에 관한 법률」 제19조의3(표준약관), 제34조(과태료)

※ 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조(장기요양급여의 계약 등)에 따라 매년 변경되는 고시 및 급여비용을 참고하여 계약서를 작성하시기 바랍니다.

장기요양급여 이용 표준약관

(시설급여)



공정거래위원회

표준약관 제10068호

(2014. 9. 19. 개정)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

계약당사자				
이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	기 타	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
제공자 (을)	시설명		시설종류	
	시설장 성명	(인)	연락처	
	주 소			
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			

제1조 【 목 적 】 노인성질환 등으로 혼자서 일상생활을 하기 어려운 노인(장기요양급여수급자)에게 시설급여서비스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

제2조 【 계약기간 】

- ① 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 ○○○○년 ○○월 ○○일까지로 한다.
- ② 1항의 기간은 당사자 간의 협의에 의하여 변경할 수 있다.
- ③ ‘을’은 계약기간 만료 1개월 전에 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 재계약 여부를 확인하여야 하며, ‘갑’(또는 ‘병’)은 이후 15일 이내에 ‘을’에게 회신 하여야 한다.
- ④ 3항의 규정에도 불구하고 ‘갑’(또는 ‘병’)으로부터 계약만료 전까지 별도의 회신이 없을 경우 계약은 1년간 자동연장 된다. (단, 시설 정원이나 갑의 장기요양 등급이 변경되었을 경우는 그렇지 아니하다.)
- ⑤ 계약내용 변경사항(장기요양 인정등급, 장기요양 급여비용, 비급여비용 등) 발생 시 이를 즉시 반영한다.
- ⑥ ‘갑’(또는 ‘병’)이 계약기간 만료 또는 그 이전에 계약을 해지하고자 할 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일로부터 15일 전에 신청해야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 유선으로 통보할 수 있다.

제3조 【 입소 · 이용료 납부 】

- ① ‘갑’의 입소당월 이용료는 ○○○○년 ○○월 ○○일에 납부하기로 한다. 입소당월 이후 매월 이용료는 매월 ○○일 납부하기로 한다.(○○일이 공휴일인 경우 그 익일로 한다)
- ② ‘갑’ (또는 ‘병’)은 본인일부부담금과 비급여항목에 대한 비용을 전액 지불하여야 한다.
- ③ ‘갑’의 이용료 납부방법은 _____로 한다.
- ④ ‘갑’ 또는 ‘병’의 요구에 의한 개별적인 물품·용역의 구입과 개별적인 희망에 의해 외부 서비스 제공자가 개인을 대상으로 제공하는 프로그램·서비스에 따른 실비는 ‘갑’ 또는 ‘병’이 별도 부담한다.

◇ 시설급여 (1일)

구 분		1등급	2등급	3등급
요양급여	노인요양시설(구 노인복지법)			
	노인요양시설(단기보호에서 전환)			
	노인전문요양시설(구 노인복지법) 노인요양시설(개정법)			
	노인요양공동생활가정			
비급여	상급침실 이용료			
	식재료비(1식)			
	간식비(1회)			
	이/미용료등			

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 「장기요양급여비용 등에 관한 고시」(보건복지부 고시)에 따름

< (안내) 수급자 자격별 본인일부부담 비율 >

구분	시설급여	재가급여
일반	20%	15%
기초수급권자	0%	0%
기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(화귀난처성, 만성질환자) 저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	10%	7.5%

※ [근거규정] 노인장기요양보험법

제40조(본인일부부담금) ① 재가 및 시설 급여비용은 다음 각 호와 같이 수급자가 부담한다. 다만, 수급자 중 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 그러하지 아니하다.

1. 재가급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 15
2. 시설급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 20

◇ 세부내역(30일 기준)

구 분		금액(원)	내 역
총 계			
요양보험 부담비용	소 계		
	요양급여비용(○○%)		
개인 부담비용	소 계		
	요양급여비용(○○%)		
	식사재료비/간식비		
	상급침실 이용료		

< (안내) 비급여 대상 항목 및 기타 실비 수납기준 >

1. 비급여 항목 세부기준

1) 기본원칙

- 비급여 항목은 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비이며, 그 밖의 비용은 기관에서 임의로 수납할 수 없음
- 해당 비용은 원칙적으로 해당 용역을 제공하기 위한 실제 소요비용(실비)만을 산정해야 하며, 별도의 이윤부가 불가

2) 세부기준

(1) 식사재료비 : 경관영양 유동식, 간식도 식재료비의 일종임

(2) 상급침실 이용료

- 1인실 또는 2인실 사용하는 경우 일반실에 비해 추가적으로 소요되는 비용에 대해 수납
- 상급침실은 (a) 반드시 고정된 벽으로 다른 공간과 구분되어 있고(파티션, 커튼 등은 불가), (b) 독립된 출입문을 갖추며, (c) 노인복지법 시설·설비기준에 의거한 1인당 면적기준(개정법 6.6㎡)을 충족하여야 함

(3) 이·미용비 : 수급자 희망에 의해 이·미용사 초빙하여 서비스 받는 경우 비급여 가능, 단 시설종사자·자원봉사자에 의해 제공되는 서비스는 비급여 항목으로 수납 불가, 손·발톱 정리 등의 명목으로 별도 수납은 불가

2. 비급여 항목 외 실비 수납기준 : 수급자가 개별적으로 요구하는 물품 및 용역을 시설에서 구매하여 제공하는 경우 실비를 수납할 수 있으며, 기관은 실비 이외에 추가비용을 수납하지 못함

제4조 【 계약자 의무 】 ‘갑’과 ‘을’ 그리고 ‘병’은 다음의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.

① ‘갑’의 의무

1. 월 이용료 납부
2. 시설의 건전한 생활분위기 조성에 협조
3. 시설 내에 개인 애완동물 사육금지 등 청결
4. 인적사항 변동 시 즉시 통보
5. 기타 시설생활 규칙 이행

② ‘을’의 의무

1. ‘갑’의 건강관리 협조
2. ‘갑’의 신변이상을 ‘병’에게 즉시 연락
3. 식사제공 및 생활상담, 조언 및 생활편익 제공
4. 건물 및 부대시설의 청결 및 유지관리
5. 기타 ‘갑’의 안락한 노후생활에 필요한 협조

③ ‘병’의 의무

1. ‘갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
2. ‘갑’의 월 이용료 등 입소비용 부담
3. 인적 사항 등 변경 시 즉시 통보
4. ‘갑’의 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보
5. 기타 시설생활 규칙이행

제5조 【 계약해지 요건 】

① ‘갑’의 해지

1. ‘갑’과 ‘병’은 의사에 따라 자유롭게 퇴소를 결정할 수 있으며, 제2조 제6항에 의거하여 이에 대한 사항을 ‘을’에게 통지하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 유선으로 통보할 수 있다.

② ‘을’의 해지

1. ‘갑’의 건강진단 결과 「감염병의 예방 및 관리에 대한 법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
2. 타입소자의 안전과 인권에 심대한 위협이 될 때
3. ‘갑’의 이용료를 2회 이상 납부하지 않고 연체하였을 때(단, ‘을’은 ‘갑’에게 서면으로 이용료 납부를 최고하고 ‘갑’ 또는 ‘병’이 최고 통지를 받은 날부터 14일까지 이용료를 납부하지 않는 경우)

제6조 【 퇴소 】

- ① ‘을’은 제5조②항의 규정에 의한 계약해지 요건 시 이에 대한 증빙서류와 함께 계약해지 의사를 ‘갑’에게 서면으로 통지하여야 한다.
- ② ‘갑’과 ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통지를 받았을 때에는, 본원 소정의 퇴소신청서를 작성하여 ‘을’에게 제출하고 ‘을’의 보관물품을 인수하여 퇴소하여야 한다. 단, 사유물품을 1년 이내에 인수하지 않을 경우에는 ‘병’(또는 ‘갑’)에게 통보 후 ‘을’이 자체적으로 처리할 수 있으며, 이에 대해 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이의를 제기 할 수 없다.
- ③ ‘을’은 ‘갑’이 퇴소 시 이용료 잔액에 대하여 현금 또는 ‘갑’이 지정한(또는 ‘병’)계좌로 지체 없이 지급한다

제7조 【 입소물품 】 ‘갑’은 시설입소 시 개인물품을 ‘을’과 협의하여 반입할 수 있다.

제8조 【 면회 및 외출·외박 】

- ① ‘갑’의 면회시간은 매일 09:00시부터 21:00까지로 한다
(단 ‘갑’ 과 ‘을’ 또는 ‘병’이 동의할 경우 변경 할 수 있다).
- ② ‘갑’은 외출·외박시 사전에 ‘을’에게 신청하여야 한다.
- ③ ‘을’이 제공하는 음식물 이외의 음식물을 ‘갑’이나 ‘병’이 반입하고자 할 때에는 ‘을’과 협의 후에 반입하여야 한다.
- ④ 외출·외박 중 ‘갑’에게 신체적·정신적 변화 등의 사항이 발생할 경우 ‘갑’ 또는 ‘병’은 ‘을’에게 즉시 사실을 알려야 한다.

제9조 【 시설관리 】

- ① ‘을’은 보건, 위생, 방범, 방화 기타 생활에 필요한 서비스 제공을 위하여 시설 직원이 거실을 출입하거나 필요한 조치를 할 수 있다.
- ② ‘을’은 원무 행정상 필요한 경우 입소자의 거실을 재배치 할 수 있다.

제10조 【 건강관리 】

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 ‘갑’과 종사자들에게 연 1회 이상 건강진단을 실시하여야 한다.
- ② ‘갑’이 질병 또는 상해로 인하여 진료가 필요하다고 인정 할 때에는 의사의 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ 의사의 진료결과 입원이 필요한 질병이나 월 1회 이상 장기간 진료가 요구되는 경우 진료비와 부가서비스 경비(교통비, 외부간병인 등)는 ‘갑’ 또는 ‘병’에게 별도 징수한다.

- ④ ‘을’은 입소시 갑의 건강상태 등을 확인하고 기록함은 물론, 갑에 대한 적절한 건강관리를 하여야 하며, 갑의 건강유지, 악화방지를 위하여 적절한 조치를 취해야 한다
- ⑤ ‘을’은 갑의 건강관리를 위하여 활력증상 확인, 투약관리, 욕창관리, 낙상방지 등 건강관리 활동을 하여야 한다.
- ⑥ ‘을’은‘갑’이 의사로부터 월 2회 이상 건강관리를 받을 수 있도록 조치를 취해야 하며, 이상시 지체없이 ‘병’에게 통보한다.
- ⑦ ‘을’은 갑의 건강관리를 위하여 물리치료, 재활치료를 제공해야 한다.

제11조 【 시설물 배상 】

- ① ‘갑’은 ‘을’의 시설물에 대하여 그 본래의 용도로 사용해야 하며, ‘갑’에 의한 시설물의 파손 또는 멸실에 대하여는 ‘갑’ 또는 ‘병’이 원상회복 하여야 한다.
- ② ‘갑’ 또는 ‘병’이 원상회복을 할 수 없을 때에는 ‘을’은 시설물의 잔존가치 등을 고려하여 실비로 산출한 비용을 그 내역과 함께 문서로 제시하고 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이에 대하여 납부하여야 한다.

제12조 【 위급시 조치 】

- ① ‘을’은 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 협약병원, ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ ‘갑’이 사망하였을 경우에 ‘을’은 즉시 병원으로 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다. 단‘병’과 사전에 협약이 있을 경우,‘을’이 장례 절차를 진행할 수 있다.
- ④ 위 제3항의 규정에 의한 통보가 불가능할 때‘을’은‘갑’의 입소 입소월액 또는 시설의 운영비로 화장에 의한 장례를 집행하고 추후에‘병’과 정산할 수 있다.

제13조 【 임종 및 장례 】 입주자의 임종 및 장례절차는 가족이나 연고자가 있을 경우와 무연고자를 구별하여 정한다.

- ① 가족이나 연고자가 있을 경우
 - 1. 임종이 임박하였을 시 치료 및 입원은 ‘병’과 협의하여 결정한다.
 - 2. 장례는 ‘병’ 또는 신원인수인의 정함에 따라 가족이 장례절차의 모든 것을 수행하게 한다.

② 무연고자

1. 임종이 임박하였을 시 치료 및 입원은 ‘을’의 책임 하에 결정한다.
2. 장례는 행정기관과 협의하여 행정절차에 의거하여 장례가 수행될 수 있도록 한다.
3. 1개월 이내 관할 동(읍, 면)사무소에 사망신고를 한다.

제14조 【 식사 및 간식 】

- ① ‘을’은 1일 3식 및 간식을 ‘갑’에게 제공하며, ‘갑’의 상태에 따라 특별식을 제공할 수 있다. 특별식(경관급식비 등) 비용이 일반 수급자의 식재료비/간식비를 초과하는 부분은 ‘갑’ 또는 ‘병’이 별도 부담한다.
- ② ‘을’은 식단표 및 간식제공계획에 대하여 사전에 ‘갑’에게 제공하고 게시하여야 한다.

제15조 【 영양실의 배정 】 ‘갑’의 영양실 배정은 입소순서에 따르며, 입소 후 ‘갑’의 건강상태, 수발조건, 형평성 등을 고려하여 변경할 수 있으며 ‘갑’ 또는 ‘병’의 의견을 반영하여 ‘을’이 조정할 수 있다.

제16조 【 개인정보 보호의무 】

- ① ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ② ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ③ ‘갑’의 개인정보수집 및 활용에 대한 승낙은 서면(개인정보수집 및 활용 동의서) 으로 한다.
- ④ ‘갑’은 ‘을’이 수집·관리하는 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

제17조 【 기록 및 공개 】 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, 수급자나 가족이 요구할 경우 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

제18조 【 배상책임 】

- ① 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘을’은 ‘갑’에게 배상할 의무를 진다.
 1. 시설 종사자의 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 2. 상한 음식을 제공하였거나 약을 잘못 투약하여 ‘갑’의 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때

3. 시설장비 또는 시설관리가 부실하여‘갑’을 부상케 하거나, 사망에 이르게 하였을 때
 4. 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대 및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여‘갑’의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 되었을 때
- ② 다음 각 호에 해당되는 경우에는‘갑’은‘을’에게 배상을 요구할 수 없다.
1. 시설 내에서 자연 사망하였을 때
 - 2.‘을’이 선량한 주의의무를 다했음에도‘갑’이 임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망하였을 때
 3. ‘갑’이 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때
 4. ‘갑’이 본인의 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

제19조 【이용계약서의 해석】

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 본 계약으로 발생하는 소송은 민사소송법상의 관할 소재지 법원에 제기한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관기로 한다.

년 월 일

(계약자) ‘갑’ 이용자 (인)

‘을’ 시설장 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

장기요양급여 이용 표준약관

(방문요양)



공정거래위원회
표준약관 제10068호
(2014. 9. 19. 개정)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

계약당사자				
이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	기 타	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
제공자 (을)	시설명		시설종류	
	시설장 성명	(인)	연락처	
	주 소			
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			

제1조(목적) 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들 중 장기요양등급을 받은 분들에게 방문요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

제2조(계약기간)

- ① 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 ○○○○년 ○○월 ○○일까지로 한다.
- ② 제1항의 계약기간은 당사자 간의 협의에 따라 변경할 수 있다.

제3조(급여범위) 방문요양급여는 장기요양요원이 ‘갑’의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여로 한다.

제4조(급여이용 및 제공)

- ① 방문요양급여 이용 및 제공은 장기요양급여 이용(제공)계획서에 의한다.
- ② ‘갑’의 방문요양급여 이용시간은 아래와 같이 한다.

구분	이용일	이용시간
이용시간 (1)	<input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일	오전 시 분 ~ 오후 오전 시 분 오후
이용시간 (2)	<input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일	오전 시 분 ~ 오후 오전 시 분 오후

※ 요일에 따라 이용시간이 다른 경우 이용시간 기재란을 늘려서 기록함

※ ‘갑’ 또는 ‘병’은 사정에 의해 일시적으로 이용시간을 지키기 어려운 경우 서비스 이용시작 최소 1시간 전에 ‘을’에게 연락을 취해야 함.

- ③ ‘을’의 방문요양급여 제공시간은 아래와 같다. 다만, 1일 2회 방문요양급여를 제공하는 경우에는 2시간 이상의 간격으로 제공한다.

구분	월	화	수	목	금	토	일	비고
이용시간1								※이용시간2는 1일 2회 이용할 경우 기재함
이용시간2								

- ④ ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 의한 공휴일에 급여를 제공하는 경우에는 ‘을’은 30%의 할증비용을 청구할 수 있다.

- ⑤ 야간(18:00~22:00), 심야(22:00~06:00)에 급여를 제공하는 경우에는 ‘을’

은 야간 20%, 심야 30%의 할증 비용을 청구할 수 있다.

⑥ 야간·심야·휴일·가산이 동시에 적용되는 경우에는 중복하여 가산하지 않는다.

⑦ ‘을’은 익월 장기요양급여 제공을 하고자하는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)과 협의하여 당월○일까지 별지 제1호서식의 장기요양급여 이용계획서를 작성하고 장기요양급여 이용계획서에 따라 장기요양급여를 제공 한다.

제5조(계약자 의무)

① ‘갑’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.

1. 월 이용료 납부
2. 방문요양급여 범위내 급여이용
3. 장기요양급여 이용수칙 준수
4. 기타 ‘을’과 협의한 규칙 이행

② ‘을’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.

1. 방문요양급여 제공 계약내용 준수
2. 급여제공 중 ‘갑’에게 신병 이상이 생기는 경우 즉시 ‘병’에게 통보
3. 급여제공시간에 ‘갑’의 주변 및 집기류의 청결 및 유지관리
4. 급여제공 중 알게 된 ‘갑’의 신상 및 질환 증에 관한 비밀유지
(단, 치료 등의 조치가 필요한 경우는 예외)
5. 이용상담, 지역사회 다른 서비스 이용 정보제공
6. 노인학대 예방 및 노인인권 보호 준수
7. 기타 ‘갑’(또는 ‘병’)의 요청에 협조

③ ‘병’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.

1. ‘갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
2. ‘갑’의 월 이용료 등 비용 부담
3. 인적 사항 및 장기요양보험 등급 변경 시 즉시 ‘을’에게 통보
4. ‘갑’에 대한 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보
5. 기타 ‘을’의 협조요청 이행

제6조(계약해지 요건)

① ‘갑’(또는 ‘병’)은 다음 각호에 해당되는 경우에는 ‘을’과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.

1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
2. 제3조의 방문요양급여 범위에 해당하는 서비스를 이행하지 아니한 경우
3. 제4조제2항의 방문요양급여 제공시간을 ‘갑’(또는 ‘병’)의 동의 없이 ‘을’이 임의로

변경하거나 배치된 장기요양요원을 임의로 변경 했을 경우

4. 기타 ‘갑’의 계약해지 사유가 발생한 경우

② ‘을’은 다음 각호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.

1. 제2조의 계약기간이 만료되거나 사망한 경우

2. ‘갑’이 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우

3. ‘갑’의 건강진단 결과 「감염병의예방및관리에대한법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때

4. ‘갑’의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때

5. 이용계약시 제시된 이용안내를 ‘갑’이 정당한 이유 없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때

6. ‘갑’이 월 5회 이상 무단으로 방문요양급여 이용시간과 장소를 지키지 아니하였을 때

제7조(계약의 해지)

① ‘갑’(또는 ‘병’)은 제6조제1항의 계약해지 요건이 발생한 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일전에 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결 신청서를 제출하여야 한다. 다만, 기타 부득이한 경우에는 우선 유선으로 할 수 있다.

② ‘을’은 제6조제2항에 의한 계약해지 요건이 발생한 경우에는 계약해지 의사를 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결안내서 및 관련 증빙서류와 함께 ‘갑’과 ‘병’에게 통보하고 충분히 설명해야 한다.

제8조(이용료 납부)

① 방문요양급여비용 및 본인부담 기준은 별표 1과 같다.

② ‘을’은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 ○일에 정산하고 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 ○일까지 별지 제3호서식의 장기요양급여 이용료 세부내역서를 통보한다.

③ ‘갑’은 매월 이용료를 ○○○○으로 ○○일에 납부 한다. 다만, 납부일이 공휴일인 경우에는 그 익일로 한다.

④ ‘을’은 ‘갑’이 납부한 비용에 대해서는 별지 제4호서식의 장기요양급여 납부확인서를 발급한다.

제9조(재계약) 다음 각호에 해당하는 경우에는 이를 반영한 계약서를 재작성한다.

1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우

2. 장기요양 인정등급이 변경된 경우

3. 방문요양 급여비용 및 본인부담 비용이 변경된 경우

4. 기타 ‘갑’과 ‘을’이 필요한 경우

제10조(건강관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 종사자들에게 연 1회 이상 건강 진단을 실시하여야 한다.
- ② ‘을’은 장기요양요원이 방문요양급여 제공도중 ‘갑’에게 상해를 입혔을 경우 적절한 조치를 취해야 한다.

제11조(위급 시 조치)

- ① ‘을’은 방문요양급여 제공시간에 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만, 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ ‘갑’이 서비스 이용도중 사망하였을 경우 ‘을’은 즉시 ‘병’에게 통보한다.

제12조(개인정보 보호의무)

- ① ‘갑’은 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ② ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ③ ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인 정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ④ ‘을’은 개인정보수집 및 활용을 하고자 하는 경우에는 ‘갑’에게 별지 제5호 서식의 개인정보제공 및 활용 동의서를 받아야 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

제13조(기록 및 공개) ‘을’은 ‘갑’의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, ‘갑’(또는 ‘병’)이 요구할 경우에는 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

제14조(배상책임)

- ① ‘을’은 다음 각호의 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 배상의무가 있으며 배상책임은 관계규정에 따른다.
 - 1. 장기요양요원(또는 ‘을’)의 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하는 등 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 - 2. 장기요양요원(또는 ‘을’)의 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대

및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’의 건강을 상하게 하거나, 사망에 이르게 하였을 때

② 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)은 ‘을’에게 배상을 요구할 수 없다.

1. 자연사 또는 질환에 의하여 사망 하였을 때
2. ‘을’이 선량한 주의의무를 다했음에도 임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
3. 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
4. ‘갑’의 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

제15조(기타)

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 부득이한 사정으로 소송이 제기될 경우 ‘갑’(또는 ‘병’) 또는 시설이 속한 소재지역의 관할법원으로 한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관기로 한다.

년 월 일

상기 내용에 대한 충분한 설명을 ‘갑’과 ‘병’에게 제공하였습니다.

‘을’ 시설장 (인)

상기 내용을 읽고 그 내용에 동의합니다.

‘갑’ 이용자 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

[별표 1]

방문요양 급여비용 및 본인부담 기준(2000.00.00)

○ 방문요양의 1회당 이용시간별 급여비용

구 분	금액(원)	구 분	금액(원)
30분 이상		120분 이상	
60분 이상		180분 이상	
90분 이상		210분 이상	
120분 이상		240분 이상	

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름

○ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구 분	재가급여
일반	15%
기초수급권자	0%
기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성, 만성질환자) 저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	7.5%

장기요양급여 이용(제공) 계획서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용(제공)계획은 아래와 같습니다.

일자	이용여부	일자	이용여부	일자	이용여부
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	
				31	

※ 기타 :

※ 예) 이용(○), 미이용(×)

년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양기관 : (인)

장기요양급여 종결(☐ 신청 ☐ 안내)서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 계약기간 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

상기인은 아래와 같은 사유로 장기요양급여(☐이용 ☐제공)을 종결신청(안내) 합니다.

- 아 래 -

1. 종결사유

- ☐ 타기관이용 ☐ 타서비스이용 ☐ 등급변동 ☐ 장기입원 ☐ 사망 ☐ 계약기간종료 ☐ 기타()

2. 종결일자 :

년 월 일

이용자 또는 장기요양기관장 (인)

장기요양급여 이용료 세부내역서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 계약기간 :
 ○ 이용기간 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용내역을 아래와 같이 통보합니다.

- 아 래 -

구 분		금액(원)	내 역
총 계			
요양보험	소 계		
부담비용	요양급여비용(○○%)		
소 계			
개인	요양급여비용(○○%)		
부담비용	비급여 재가급여 월한도액 초과금액		

※ 본 세부내역은 계약서의 내용을 기준으로 작성하였으며 실제 이용에 따라 변경될 수 있음.

년 월 일

장기요양기관장 (인)

장기요양급여 납부확인서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여비용을 아래와 같이 납부하였기에 납부확인서를 발급합니다.

- 1. 납부일자 : . . .
- 2. 납부금액 : 원
- 3. 납부방법 : 000은행 등

년 월 일

장기요양기관장 (인)

개인정보 제공 및 활용 동의서

성 명 : (생년월일 :)

주 소 :

1. 수집대상정보

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

2. 수집정보의 활용범위

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양급여 이용 표준약관

(단기보호)



공정거래위원회
표준약관 제10068호
(2014. 9. 19. 개정)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

계약당사자				
이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	기 타	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
제공자 (을)	시설명		시설종류	
	시설장 성명	(인)	연락처	
	주 소			
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			

제1조(목적) 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들 중 장기요양등급을 받은 분들에게 단기보호급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

제2조(계약기간)

- ① 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 ○○○○년 ○○월 ○○일까지로 한다.
- ② 제1항의 기간은 당사자 간의 협의에 따라 변경할 수 있다.

제3조(급여범위) 단기보호급여는 수급자를 장기요양기관에 일정기간 동안 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여로 한다.

제4조(급여이용 및 제공)

- ① 단기보호급여 이용 및 제공은 장기요양급여 이용(제공)계획서에 의한다.
- ② 단기보호급여 기간은 월 15일 이내로 한다.
- ③ ‘을’은 다음 각 호의 ‘갑’의 요청이 있는 경우에는 연간 2회에 한하여 월 15일을 초과하여 이용할 수 있다.
 - 1. 가족 등의 외유·외출, 집안 경조사 등 갑작스러운 사정으로 인해 수급자를 돌볼 수 없는 경우
 - 2. 주거환경의 일시적인 변화(이사, 시설 설비 등) 등이 있는 경우

제5조(계약자 의무)

- ① ‘갑’은 다음 각호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
 - 1. 이용료 납부의무
 - 2. 단기보호급여 범위내 급여 이용
 - 3. 장기요양급여 이용수칙 준수
 - 4. 기타 ‘을’과 협의한 규칙 이행
- ② ‘을’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.
 - 1. 단기보호급여 제공 계약내용 준수
 - 2. ‘갑’의 신변이상을 ‘병’에게 즉시 연락의무
 - 3. ‘갑’의 건강상태를 고려한 단기보호급여 제공계획을 수립하여 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 전달하고 성실히 이행
 - 4. 급여제공 중 알게된 ‘갑’의 신상 및 질환증에 관한 비밀유지
(단, 치료 등의 조치가 필요한 경우는 예외)
 - 5. ‘갑’의 식사제공, 이용상담, 이용편의 제공

6. ‘갑’의 건강 관리 프로그램 및 활동 제공
 7. 노인학대 예방 및 노인인권 보호 준수
 8. 건물 및 부대시설의 청결 및 유지관리
 9. 기타 ‘갑’(또는 ‘병’)의 요청에 협조
- ③ ‘병’은 다음 각호를 성실하게 이행하여야 한다.
1. ‘갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
 2. ‘갑’의 월 이용료 등 입소비용 부담
 3. 인적 사항 및 장기요양보험 등급 변경 시 즉시 ‘을’에게 통보
 4. ‘갑’에 대한 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보
 5. 기타 ‘을’의 협조요청 이행

제6조(계약해지 요건)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 다음 각호에 해당되는 경우에는 ‘을’과 협의하여 계약을 해지할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
 2. 제3조의 단기보호급여 범위에 해당하는 서비스를 이행하지 아니한 경우
 3. 제4조제2항의 단기보호급여 제공기간을 ‘갑’(또는 ‘병’)의 동의 없이 ‘을’이 임의로 변경한 경우
- ② ‘을’은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)과 협의하여 계약을 해지할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료되거나 사망한 경우
 2. ‘갑’이 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우
 3. ‘갑’의 건강진단 결과 「감염병의예방및관리에대한법률」에 따른 감염병환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
 4. ‘갑’의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때
 5. 이용계약시 제시된 이용안내를 ‘갑’이 정당한 이유 없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때

제7조(계약의 해지)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 제6조제1항의 계약해지 요건이 발생한 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일전에 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결 신청서를 제출하여야 한다.
- ② ‘을’은 제6조제2항에 의한 계약해지 요건이 발생한 경우에는 계약해지 의사를 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결안내서 및 관련 증빙서류와 함께 ‘갑’과 ‘병’에게 통보하고 충분히 설명해야 한다.

- ③ ‘갑’(또는 ‘병’)은 제1항 및 제2항으로 계약해지가 발생하는 경우에는 단기보호시설 내에 ‘갑’의 개인물품을 인수하여야 한다. 다만, 개인물품을 1개월 이내에 인수하지 않을 경우에는 ‘을’은 등기, 택배 등 수신을 확인할 수 있는 방법을 통하여 물품을 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 송달처리 한다.

제8조(면회 및 외출·외박)

- ① ‘갑’의 면회시간은 ‘을’과 협의하여 정한다.
- ② 외출 및 외박은 ‘갑’의 건강을 고려하여 24시간 전에 ‘을’과 협의하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 그러하지 아니할 수 있다.
- ③ 외출 및 외박시 동행자가 ‘병’이 아닐 경우 ‘을’은 ‘병’의 동의를 받아야 하며 동행자의 연락처 및 신분을 확인해야 한다.
- ④ ‘병’은 외출 및 외박 중 ‘갑’에게 신체적·정신적 변화 등의 사항이 발생할 경우에는 ‘을’에게 즉시 사실을 알려야 한다.

제9조(이용료 납부)

- ① 단기보호 급여비용 및 본인부담 기준은 별표 1과 같다.
- ② 단기보호 비급여대상항목 및 기타 실비 수납기준은 별표 2와 같다.
- ③ ‘을’은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 ○일에 정산하고 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 ○일까지 별지 제3호서식의 장기요양급여 이용료 세부내역서를 통보한다.
- ④ ‘갑’은 매월 이용료를 ○○○○로 ○일에 납부 한다. 다만, 납부일이 공휴일인 경우에는 그 익일로 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’이 납부한 비용에 대해서는 별지 제4호서식의 장기요양급여 납부 확인서를 발급한다.

제10조(재계약) 다음 각호에 해당하는 경우에는 이를 반영한 계약서를 재작성한다.

1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
2. 장기요양 인정등급이 변경된 경우
3. 단기보호 급여비용 및 본인부담 기준이 변경된 경우
4. 기타 ‘갑’과 ‘을’이 필요한 경우

제11조(개인물품)

- ① ‘갑’은 단기보호시설 이용시에는 필요한 개인물품은 ‘갑’이 구비하여야 한다.
- ② ‘을’이 지정한 물품이외의 개인물품을 사용하고자 할 때에는 ‘을’과 협의 하여 사용하여야 한다.

제12조(시설관리)

- ①‘을’은‘갑’(또는‘병’)이 급여와 관련된 상담 또는 기타 업무처리를 위해 시설을 방문했을 때에 불편함이 없도록 공간을 마련하여야 한다.
- ②‘을’은 보건, 위생, 방범, 방화 기타 시설이용에 필요한 급여제공을 위하여 시설물 관리에 만전을 기해야 한다.

제13조(건강관리)

- ①‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 종사자들에게 연 1회 이상 건강 진단을 실시하여야 한다.
- ②‘갑’이 질병으로 인하여 진료가 필요하다고 판단 될 때에는 즉시 ‘병’에게 이를 통보하고 적절한 조치를 취할 수 있도록 해야 한다.
- ③‘병’은 제2항의 규정에 의한 통보를 받았을 경우에는 신속하게 대처하여야 한다.
- ④‘을’이 단기보호급여 제공도중 ‘갑’에게 상해를 입혔을 경우에는 ‘갑’에게 적절한 조치를 취해야 한다.

제14조(시설물 배상)

- ①‘갑’은 ‘을’의 시설물에 대하여 그 본래의 용도로 사용해야 하며, ‘갑’에 의한 파손 또는 멸실에 대하여는 ‘갑’(또는 ‘병’)이 원상회복 하여야 한다.
- ②‘갑’ 또는 ‘병’이 원상회복을 할 수 없을 때에는 ‘을’은 시설물의 잔존가치 등을 고려하여 실비로 산출한 비용을 그 내역과 함께 문서로 제시하고 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이에 대하여 납부하여야 한다.

제15조(위급 시 조치)

- ①‘을’은‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 협약의료기관, ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ②‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만, 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③‘갑’이 서비스 이용도중 사망하였을 경우에는 ‘을’은 즉시 ‘병’에게 통보하고 ‘을’은 다른 이용자들이 동요하지 않도록 조치를 취하여야 한다.

제16조(식사 및 간식) ‘을’은 1일 3식 및 간식을 ‘갑’에게 제공하며, ‘갑’의 상태에 따라‘갑’(또는‘병’)의 동의를 얻어 특별식을 제공할 수 있다. 특별식(경관 급식비 등) 비용이 일반 수급자의 식재료비, 간식비를 초과하는 부분은 ‘갑’(또는 ‘병’)이 별도 부담한다.

제17조(침실의 배정) ‘갑’의 침실 배정은 입소순서에 따르며, 입소 후 ‘갑’의 건강상태, 수발조건, 형평성, ‘갑’(또는 ‘병’)의 의견 등을 고려하여 ‘을’이 변경할 수 있다.

제18조(개인정보 보호의무)

- ① ‘갑’은 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ② ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ③ ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인 정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ④ ‘을’은 개인정보수집 및 활용을 하고자 하는 경우에는 ‘갑’에게 별지 제5호 서식의 개인정보제공 및 활용동의서를 받아야 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

제19조(기록 및 공개) 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, ‘갑’(또는 ‘병’)이 요구할 경우 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

제20조(배상책임)

- ① ‘을’은 다음 각 호의 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 배상의무가 있으며 배상책임은 관계규정에 따른다.
 - 1. 장기요양요원(또는 ‘을’)이 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하는 등 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 - 2. 장기요양요원(또는 ‘을’)의 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대 및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 하였을 때
 - 3. 시설장비 또는 시설관리가 부실하여 ‘갑’을 부상케 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 - 4. 상한 음식을 제공하는 등 ‘갑’의 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
- ② 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)은 ‘을’에게 배상을 요구할 수 없다.
 - 1. 자연사 또는 질환에 의하여 사망 하였을 때
 - 2. ‘을’이 선량한 주의의무를 다했음에도 임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때

3. 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
4. ‘갑’의 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

제21조(기타)

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 부득이한 사정으로 소송이 제기될 경우 ‘갑’(또는 ‘병’) 또는 시설이 속한 소재지역의 관할법원으로 한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관기로 한다.

년 월 일

상기 내용에 대한 충분한 설명을 ‘갑’과 ‘병’에게 제공하였습니다.

‘을’ 시설장 (인)

상기 내용을 읽고 그 내용에 동의합니다.

‘갑’ 이용자 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

[별표 1]

단기보호 급여비용 및 본인부담 기준(2000.00.00)

○ 단기보호 이용시간별 급여비용(원)

분 류	금액
장기요양 1등급	
장기요양 2등급	
장기요양 3등급	

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름

○ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구분	재가급여
일반	15%
기초수급권자	0%
기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(화귀년처성, 만성 질환자) 저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	7.5%

○ 시설급여 일반원칙

1. 입소시설 급여비용은 장기요양등급 및 급여제공일수를 기준으로 산정하고 개인위생, 목욕 등 신체활동지원, 간병·수발 등의 일상생활지원, 영양관리, 취미, 오락, 운동, 간호, 생활지도, 일상동작훈련, 기능훈련, 기타 복지서비스 등 입소시설에서 생활하는데 필요한 제반 비용은 별도 산정하지 아니한다.
2. 입소시설의 급여비용은 1일당으로 산정하며 1일이라 함은 0시부터 24시까지를 의미한다.
3. 입소시설의 급여비용은 입·퇴소 당일 급여제공 시간이 12시간 이상인 경우에는 해당 급여비용의 100%, 12시간 미만인 경우에는 50%만 산정한다.

[별표 2]

비급여 대상 항목 및 기타 실비 수납 기준(2000.00.00)

1. 비급여 항목 세부기준

1) 기본원칙 : 비급여 항목은 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비이며, 실제 소요비용만을 산정해야 함. 그 밖의 비용은 기관에서 임의로 수납할 수 없음.

2) 세부기준

(1) 식사재료비 : 경관영양 유동식, 간식도 식재료비의 일종임

(2) 이·미용비 : 수급자 희망에 의해 이·미용사 초빙하여 서비스 받는 경우 비급여 가능, 단 시설종사자·자원봉사자에 의해 제공되는 서비스는 비급여 항목으로 수납 불가, 손·발톱 정리 등의 명목으로 별도 수납은 불가

2. 비급여 항목 외 실비 수납기준

1) 기본원칙 : 수급자가 개별적으로 요구하는 물품 및 용역을 시설에서 구매하여 제공하는 경우 실비를 수납할 수 있으며, 기관은 실비 이외에 추가비용을 수납하지 못함

2) 세부기준

(1) 기호품 등 수급자의 희망에 의한 일상용품 구입비용 : 일률적으로 제공되는 일상용품(휴지, 비누, 수건, 실내화 등)에 대해서는 비용수납 불가

(2) 각종 프로그램 비용 : 원칙적으로 프로그램 운영은 장기요양급여의 일환으로 제공되는 기본 서비스 범주에 해당하므로 별도 비용수납은 불가. 단, 수급자의 개별적 희망에 의해 외부의 서비스 제공자가 개인을 대상으로 제공하는 것에 대해서 수급자가 실비를 부담하는 것은 가능

장기요양급여 이용(제공) 계획서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용(제공)계획은 아래와 같습니다.

일자	이용여부	일자	이용여부	일자	이용여부
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	
				31	

※ 기타 :

※ 예) 이용(○), 미이용(×)

년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양기관 : (인)

장기요양급여 종결(☐ 신청 ☐ 안내)서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 계약기간 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

상기인은 아래와 같은 사유로 장기요양급여(☐이용 ☐제공)을 종결신청(안내) 합니다.

- 아 래 -

1. 종결사유

- ☐ 타기관이용 ☐ 타서비스이용 ☐ 등급변동 ☐ 장기입원 ☐
사망 ☐ 계약기간종료 ☐ 기타()

2. 종결일자 :

년 월 일

이용자 또는 장기요양기관장 (인)

장기요양급여 이용료 세부내역서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 계약기간 :
 ○ 이용기간 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용내역을 아래와 같이 통보합니다.

- 아 래 -

구 분		금액(원)	내 역
총 계			
요양보험	소 계		
부담비용	요양급여비용(○○%)		
소 계			
개인	요양급여비용(○○%)		
부담비용	비급여	재가급여 월한도액 초과금액	

※ 본 세부내역은 계약서의 내용을 기준으로 작성하였으며 실제 이용에 따라 변경될 수 있음.

년 월 일

장기요양기관장 (인)

장기요양급여 납부확인서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 00월 장기요양급여비용을 아래와 같이 납부하였기에 납부확인서를 발급합니다.

- 1. 납부일자 : . . .
- 2. 납부금액 : 원
- 3. 납부방법 : 000은행 등

년 월 일

장기요양기관장 (인)

개인정보 제공 및 활용 동의서

성명 : (생년월일 :)

주소 :

1. 수집대상정보

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

2. 수집정보의 활용범위

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

이용자 : (인)

장기요양급여 이용 표준약관

(방문간호)



공정거래위원회
표준약관 제10068호
(2014. 9. 19. 개정)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

계약당사자				
이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	기 타	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
제공자 (을)	시설명		시설종류	
	시설장 성명	(인)	연락처	
	주 소			
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			

제1조(목적) 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들 중 장기요양등급을 받은 분들에게 방문간호급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

제2조(계약기간)

- ① 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 ○○○○년 ○○월 ○○일까지로 한다.
- ② 제1항의 기간은 당사자 간의 협의에 따라 변경할 수 있다.

제3조(급여범위) 방문간호급여는 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여로 한다.

제4조(급여이용 및 제공)

- ① 방문간호급여 이용 및 제공은 장기요양급여 이용(제공)계획서에 의한다.
- ② ‘갑’의 방문간호급여 이용시간은 아래와 같이 한다.

구분	이용일	이용시간
이용시간 (1)	<input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일	오전 시 분 ~ 오후 시 분 오전 시 분 오후 시 분
이용시간 (2)	<input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일	오전 시 분 ~ 오후 시 분 오전 시 분 오후 시 분

※ 요일에 따라 이용시간이 다른 경우 이용시간 기재란을 늘려서 기록함

※ ‘갑’ 또는 ‘병’은 사정에 의해 일시적으로 이용시간을 지키기 어려운 경우 서비스 이용시작 최소 1시간 전에 ‘을’에게 연락을 취해야 함.

- ③ ‘을’의 방문간호급여 제공시간은 아래와 같다.

구분	월	화	수	목	금	토	일	비고
이용시간1								
이용시간2								

- ④ ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 의한 공휴일에 급여를 제공하는 경우에는 ‘을’은 30%의 할증비용을 청구할 수 있다.
- ⑤ 야간(18:00~22:00), 심야(22:00~06:00)에 급여를 제공하는 경우에는 ‘을’은 야간 20%, 심야 30%의 할증 비용을 청구할 수 있다.
- ⑥ 야간·심야·휴일·가산이 동시에 적용되는 경우에는 중복하여 가산하지 않는다.

- ⑦ ‘을’은 익월 장기요양급여 제공을 하고자하는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘을’)과 협의하여 당월 ○일까지 별지 제1호서식의 장기요양급여 이용계획서를 작성하고 장기요양급여 이용계획서에 따라 장기요양급여를 제공 한다.

제5조(계약자 의무)

- ① ‘갑’은 다음 각 호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
1. 월 이용료 납부의무
 2. 방문간호급여 범위 내 급여이용
 3. 장기요양급여 이용수칙 준수
 4. 기타 ‘을’과 협의한 규칙 이행
- ② ‘을’은 다음 각 호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
1. 방문간호급여 제공계약내용 준수
 2. 급여 제공시간에 ‘갑’에게 일어난 신병이상에 즉시 ‘병’에게 통보
 3. 급여 제공시간에 ‘갑’의 주변 및 집기류의 청결 및 유지관리
 4. 급여제공 중 알게된 ‘갑’의 신상 및 질환증에 관한 비밀유지
(단, 치료 등의 조치가 필요한 경우는 예외)
 5. 이용상담, 지역사회 다른 서비스 이용 정보제공
 6. 노인학대 예방 및 노인인권 보호 준수
 7. 기타 ‘갑’(또는 ‘병’)의 요청에 협조
- ③ ‘병’은 다음 각 호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
1. ‘갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
 2. ‘갑’의 월 이용료 등 비용 부담
 3. 인적 사항 및 장기요양보험 등급 변경 시 즉시 통보
 4. ‘갑’에 대한 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보
 5. 기타 ‘을’의 협조요청 이행

제6조(계약해지 요건)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘을’과 협의하여 계약을 해지할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
 2. 제3조의 방문간호급여 범위에 해당하는 서비스를 이행하지 아니한 경우
 3. 제4조제2항의 방문요양급여 제공시간을 ‘갑’(또는 ‘병’)의 동의 없이 ‘을’이 임의로 변경하거나 배치된 요양보호사를 임의로 변경 했을 경우
 4. 기타 ‘갑’의 계약해지 사유가 발생한 경우
- ② ‘을’은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘을’)과 협의하여 계약을 해지할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료되거나 사망한 경우

2. ‘갑’이 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우
3. ‘갑’의 건강진단 결과 「감염병의예방및관리에대한법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
4. ‘갑’의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때
5. 이용계약시 제시된 이용안내를 ‘갑’이 정당한 이유없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때
6. ‘갑’이 월 5회 이상 무단으로 방문간호급여 이용시간과 장소를 지키지 아니하였을 때

제7조(계약의 해지)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 제6조 제1항의 계약해지 요건이 발생한 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일 전에 별지 제2호 서식의 장기요양급여 종결 신청서를 제출하여야 한다. 다만, 기타 부득이한 경우에는 우선 유선으로 할 수 있다.
- ② ‘을’은 제6조제2항에 의한 계약해지 요건이 발생한 경우에는 계약해지 의사를 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결안내서 및 관련 증빙서류와 함께 ‘갑’과 ‘병’에게 통보하고 충분히 설명해야 한다.

제8조(이용료 납부)

- ① 방문간호급여비용 및 본인부담 기준은 별표 1과 같다.
- ② ‘을’은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 ○일에 정산하고 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 ○일까지 별지 제3호서식의 장기요양급여 이용료 세부내역서를 통보한다.
- ③ ‘갑’은 매월 이용료를 ○○○○로 ○일에 납부 한다. 다만, 납부일이 공휴일인 경우에는 그 익일로 한다.
- ④ ‘을’은 ‘갑’이 납부한 비용에 대해서는 별지 제4호서식의 장기요양급여 납부 확인서를 발급한다.

제9조(재계약) 다음 각 호에 해당하는 경우에는 이를 반영한 계약서를 재작성한다.

1. 제2조의 계약기관이 만료된 경우
2. 장기요양 인정등급이 변경된 경우
3. 방문간호 급여비용 및 본인부담 비용이 변경된 경우
4. 기타 ‘갑’과 ‘을’이 필요한 경우

제10조(건강관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 종사자들에게 연 1회 이상 건강진단을 실시하여야 한다.

- ② ‘을’은 간호사가 방문간호급여 제공도중 ‘갑’에게 상해를 입혔을 경우 ‘갑’에게 적절한 조치를 취해야 한다.

제11조(위급 시 조치)

- ① ‘을’은 방문간호급여 제공시간에 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만, 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ ‘갑’이 서비스 이용도중 사망하였을 경우 ‘을’은 즉시 ‘병’에게 통보한다.

제12조(개인정보 보호의무)

- ① ‘갑’은 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ② ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ③ ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ④ ‘을’은 개인정보수집 및 활용을 하고자 하는 경우에는 ‘갑’에게 별지 제5호 서식의 개인정보제공 및 활용동의서를 받아야 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

제13조(기록 및 공개) 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, ‘갑’(또는 ‘병’)이 요구할 경우에는 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

제14조(배상책임)

- ① ‘을’은 다음 각 호의 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 배상의무가 있으며 배상책임은 관계규정에 따른다.
1. 장기요양요원(또는 ‘을’)이 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하는 등 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 2. 장기요양요원(또는 ‘을’)의 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대 및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 하였을 때
 3. 약을 잘못 투약하는 등 ‘갑’의 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때

② 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)은 ‘을’에게 배상을 요구할 수 없다.

1. 자연사 또는 질환에 의하여 사망 하였을 때
2. ‘을’이 선량한 주의의무를 다했음에도임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
3. 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
4. ‘갑’의 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

제15조(기타)

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 부득이한 사정으로 소송이 제기될 경우 ‘갑’(또는 ‘병’) 또는 시설이 속한 소재지역의 관할법원으로 한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관기로 한다.

년 월 일

상기 내용에 대한 충분한 설명을 ‘갑’과 ‘병’에게 제공하였습니다.

‘을’ 시설장 (인)

상기 내용을 읽고 그 내용에 동의합니다.

‘갑’ 이용자 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

[별표 1]

방문간호 급여비용 및 본인부담 기준(200.00.00)

○ 방문간호의 1회당 이용시간별 급여비용

분 류	금액(원)
30분 미만	
30분 이상 ~ 60분 미만	
60분 이상	

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름

○ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구 분	재가급여
일반	15%
기초수급권자	0%
기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성, 만성질환자) 저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	7.5%

○ 서비스 이용시 발생하는 재료비용까지 모두 장기요양급여비용에 포함되어 있으며 별도의 비용 수납은 불가

장기요양급여 이용(제공) 계획서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용(제공)계획은 아래와 같습니다.

일자	이용여부	일자	이용여부	일자	이용여부
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	
				31	

※ 기타 :

※ 예) 이용(○), 미이용(×)

년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양기관 : (인)

장기요양급여 종결(☐ 신청 ☐ 안내)서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 계약기간 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

상기인은 아래와 같은 사유로 장기요양급여(☐이용 ☐제공)을 종결신청(안내) 합니다.

- 아 래 -

1. 종결사유

- ☐ 타기관이용 ☐ 타서비스이용 ☐ 등급변동 ☐ 장기입원 ☐ 사망 ☐ 계약기간종료 ☐ 기타()

2. 종결일자 :

년 월 일

이용자 또는 장기요양기관장 (인)

장기요양급여 이용료 세부내역서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 계약기간 :
 ○ 이용기간 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용내역을 아래와 같이 통보합니다.

- 아 래 -

구 분		금액(원)	내 역
총 계			
요양보험	소 계		
부담비용	요양급여비용(○○%)		
소 계			
개인	요양급여비용(○○%)		
부담비용	비급여	재가급여 월한도액 초과금액	

※ 본 세부내역은 계약서의 내용을 기준으로 작성하였으며 실제 이용에 따라 변경될 수 있음.

년 월 일

장기요양기관장 (인)

장기요양급여 납부확인서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여비용을 아래와 같이 납부하였기에 납부확인서를 발급합니다.

- 1. 납부일자 : . . .
- 2. 납부금액 : 원
- 3. 납부방법 : 000은행 등

년 월 일

장기요양기관장 (인)

개인정보 제공 및 활용 동의서

성 명 : (생년월일 :)

주 소 :

1. 수집대상정보

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

2. 수집정보의 활용범위

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양급여 이용 표준약관

(주야간보호)



공정거래위원회

표준약관 제10068호

(2014. 9. 19. 개정)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

계약당사자				
이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	기 타	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
제공자 (을)	시설명		시설종류	
	시설장 성명	(인)	연락처	
	주 소			
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			

제1조(목적) 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들 중 장기요양등급을 받은 분들에게 주야간보호급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

제2조(계약기간)

- ① 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 ○○○○년 ○○월 ○○일까지로 한다.
- ② 제1항의 기간은 당사자 간의 협의에 따라 변경할 수 있다.

제3조(급여범위) 주야간보호급여는 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여로 한다.

제4조(급여이용 및 제공)

- ① 주야간보호급여 이용 및 제공은 장기요양급여 이용(제공)계획서에 의한다.
- ② ‘갑’의 주야간보호급여 이용시간은 아래와 같이 한다. 다만, 이 시간은 장기요양요원이 수급자의 가정에 도착했을 때부터 가정에 모셔다 드린 시간까지로 한다.

이용요일	<div><input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금</div> <div><input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일</div>												
이용시간	오전		시		분		~	오전		시		분	
	오후							오후					

※ 사정에 의해 일시적으로 이용시간을 지키기 어려운 경우 서비스 이용시작 1시간 전에 ‘을’에게 연락을 취해야함.

- ③ ‘을’의 주야간보호급여 제공시간은 아래와 같다.

요일	시간	비고
월~금	(예시) 08:00~22:00	(예시) 공휴일 제공여부
토	(예시) 08:00~18:00	

- ④ ‘을’은 익월 장기요양급여 제공을 하고자하는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘을’)과 협의하여 당월○일까지 별지 제1호서식의 장기요양급여 이용계획서를 작성하고 장기요양급여 이용계획서에 따라 장기요양급여를 제공 한다.

제5조(계약자 의무)

- ① ‘갑’은 다음 각 호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
 1. 월 이용료 납부의무
 2. 주야간보호급여 범위내 서비스 이용

3. 장기요양급여 이용수칙 준수
 4. 기타 ‘을’과 협의한 규칙 이행
- ② ‘을’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.
1. 주야간보호급여 제공 계약내용 준수
 2. 급여 제공시간에 ‘갑’에게 일어난 신병이상에 대하여 즉시 ‘병’에게 통보
 3. ‘갑’의 건강상태를 고려한 주야간급여 제공계획을 수립하여 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 전달하고 성실히 이행
 4. 급여제공 중 알게 된 ‘갑’의 신상 및 질환증에 관한 비밀유지 (단, 치료 등의 조치가 필요한 경우는 예외)
 5. ‘갑’의 식사제공, 이용상담, 이용편의 제공
 6. ‘갑’의 건강관리 프로그램 및 활동 제공
 7. 노인학대 예방 및 노인인권 보호 준수
 8. 건물 및 부대시설의 청결 및 유지관리
 9. 기타 ‘갑’(또는 ‘병’)의 요청에 협조
- ③ ‘병’은 다음 각 호를 성실하게 이행하여야 한다.
1. ‘갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
 2. ‘갑’의 월 이용료 등 입소비용 부담
 3. 인적 사항 및 장기요양보험 등급 변경 시 즉시 ‘을’에게 통보
 4. ‘갑’에 대한 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보
 5. 기타 ‘을’의 협조요청 이행

제6조(계약해지 요건)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘을’과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
 2. 제3조의 주야간보호급여 범위에 해당하는 서비스를 이행하지 아니한 경우
 3. 제4조제2항의 주야간보호급여 제공시간을 ‘갑’(또는 ‘병’)의 동의 없이 ‘을’이 임의로 변경한 경우
- ② ‘을’은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료되거나 사망한 경우
 2. ‘갑’이 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우
 3. ‘갑’의 건강진단 결과 「감염병의예방및관리에대한법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
 4. ‘갑’의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때

5. 이용계약시 제시된 이용안내를 ‘갑’이 정당한 이유 없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때
6. ‘갑’이 월 5회 이상 무단으로 주야간보호급여 이용시간과 장소를 지키지 아니하였을 때

제7조(계약의 해지)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 제6조제1항의 계약해지 요건이 발생한 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일전에 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결 신청서를 제출하여야 한다. 다만, 기타 부득이한 경우에는 우선 유선으로 할 수 있다.
- ② ‘을’은 제6조제2항에 의한 계약해지 요건이 발생한 경우에는 계약해지 의사를 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결안내서 및 관련 증빙서류와 함께 ‘갑’과 ‘병’에게 통보하고 충분히 설명해야 한다.
- ③ ‘갑’(또는 ‘병’)은 제1항 및 제2항으로 계약해지가 발생하는 경우에는 주야간보호시설 내에 ‘갑’의 개인물품을 인수하여야 한다. 다만, 개인물품을 1개월 이내에 인수하지 않을 경우에는 ‘을’은 등기, 택배 등 수신을 확인할 수 있는 방법을 통하여 물품을 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 송달처리 한다.

제8조(미이용 비용산정)

- ① ‘을’은 월 15일 이상 급여계약을 체결한 후 ‘갑’의 사정으로 이용하지 아니한 경우에는 월 3일의 범위 안에서 장기요양급여 제공계획서 상 이용예정 급여비용의 50%를 청구할 수 있다.
- ② 제1항의 미이용일에 대한 적용은 평일(월~금요일)기준으로 한다.

제9조(이용료 납부)

- ① 주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준은 별표 1과 같다.
- ② 주야간보호 비급여대상항목 및 기타 실비 수납기준은 별표 2와 같다.
- ③ ‘을’은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 ○일에 정산하고 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 ○일까지 별지 제3호서식의 장기요양급여 이용료 세부내역서를 통보한다.
- ④ ‘갑’은 매월 이용료를 ○○○○로 ○일에 납부 한다. 다만, 납부일이 공휴일인 경우에는 그 익일로 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’이 납부한 비용에 대해서는 별지 제4호서식의 장기요양급여 납부확인서를 발급한다.

제10조(재계약) 다음 각 호에 해당하는 경우에는 이를 반영한 계약서를 재작성한다.

1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
2. 장기요양 인정등급이 변경된 경우
3. 주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준이 변경된 경우
4. 기타 ‘갑’과 ‘을’이 필요한 경우

제11조(개인물품)

- ① ‘갑’은 주야간보호시설 이용시에는 필요한 개인물품은 ‘갑’이 구비하여야 한다.
- ② ‘을’이 지정한 물품이외의 개인물품을 사용하고자 할 때에는 ‘을’과 협의 하여 사용하여야 한다.

제12조(시설관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’ 또는 ‘병’이 장기요양급여와 관련된 상담 또는 기타 업무처리를 위해 시설을 방문했을 때에 불편함이 없도록 공간을 마련하여야 한다.
- ② ‘을’은 보건, 위생, 방범, 방화 기타 시설이용에 필요한 서비스 제공을 위하여 시설물 관리에 만전을 기해야 한다.

제13조(건강관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 종사자들에게 연 1회 이상 건강 진단을 실시하여야 한다.
- ② ‘갑’이 질병으로 인하여 진료가 필요하다고 판단 될 때에는 ‘병’에게 즉시 통보하고 적절한 조치를 취하여야 한다.
- ③ ‘병’은 제2항의 규정에 의한 통보를 받았을 경우에는 신속하게 대처하여야 한다.
- ④ ‘을’이 주야간보호급여 제공도중 ‘갑’에게 상해를 입혔을 경우에는 ‘갑’에게 적절한 조치를 취해야 한다.

제14조(시설물 배상)

- ① ‘갑’은 ‘을’의 시설물에 대하여 그 본래의 용도로 사용해야 하며, ‘갑’에 의한 파손 또는 멸실에 대하여는 ‘갑’(또는 ‘병’)이 원상회복 하여야 한다.
- ② ‘갑’또는 ‘병’이 원상회복을 할 수 없을 때에는 ‘을’은 시설물의 잔존가치 등을 고려하여 실비로 산출한 비용을 그 내역과 함께 제시하고 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이에 대하여 납부하여야 한다.

제15조(위급 시 조치)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 협약의료기관, ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다

만, 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.

- ③ ‘갑’이 서비스 이용도중 사망하였을 경우에는 ‘을’은 즉시 ‘병’에게 통보하고 다른 이용자들이 동요하지 않도록 조치를 취하여야 한다.

제16조(개인정보 보호의무)

- ① ‘갑’은 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ② ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ③ ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인 정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ④ ‘을’은 개인정보수집 및 활용을 하고자 하는 경우에는 ‘갑’에게 별지 제5호 서식의 개인정보제공 및 활용동의서를 받아야 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

제17조(기록 및 공개) 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, ‘갑’(또는 ‘병’)이 요구할 경우에는 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

제18조(배상책임)

- ① ‘을’은 다음 각 호의 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 배상의무가 있으며 배상책임은 관계규정에 따른다.
 1. 장기요양요원(또는 ‘을’)이 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하는 등 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 2. 장기요양요원(또는 ‘을’)의 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대 및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 하였을 때
 3. 시설장비 또는 시설관리가 부실하여 ‘갑’을 부상케 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 4. 요양시설에서 보호하고 있는 중 상한 음식을 제공하는 등 ‘갑’의 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
- ② 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)은 ‘을’에게 배상을 요구할 수 없다.
 1. 자연사 또는 질환에 의하여 사망 하였을 때
 2. ‘을’이 선량한 주의의무를 다했음에도 임의로 외출하여 상해를 당했거나

- 사망 하였을 때
3. 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
 4. ‘갑’이 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

제19조(기타)

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 부득이한 사정으로 소송이 제기될 경우 ‘갑’(또는 ‘병’) 또는 시설이 속한 소재지역의 관할법원으로 한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관기로 한다.

년 월 일

상기 내용에 대한 충분한 설명을 ‘갑’과 ‘병’에게 제공하였습니다.

‘을’ 시설장 (인)

상기 내용을 읽고 그 내용에 동의합니다.

‘갑’ 이용자 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

[별표 1]

주야간보호 급여비용 및 본인부담 기준(2000.00.00)

○ 주야간보호 이용시간별 급여비용(원)

구 분	장기요양 1등급	장기요양 2등급	장기요양 3등급
3시간 이상 ~ 6시간 미만			
6시간 이상 ~ 8시간 미만			
8시간 이상 ~ 10시간 미만			
10시간 이상 ~ 12시간 미만			
12시간 이상			

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름

○ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구 분	재가급여
일반	15%
기초수급권자	0%
기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성, 만성질환자) 저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	7.5%

[별표 2]

비급여 대상 항목 및 기타 실비 수납 기준

1. 비급여 항목 세부기준

- 1) 기본원칙 : 비급여 항목은 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비이며, 실제 소요비용만을 산정해야 함. 그 밖의 비용은 기관에서 임의로 수납할 수 없음.
- 2) 세부기준
 - (1) 식사재료비 : 경관영양 유동식, 간식도 식재료비의 일종임
 - (2) 이·미용비 : 수급자 희망에 의해 이·미용사 초빙하여 서비스 받는 경우 비급여 가능, 단 시설종사자·자원봉사자에 의해 제공되는 서비스는 비급여 항목으로 수납 불가, 손·발톱 정리 등의 명목으로 별도 수납은 불가

2. 비급여 항목 외 실비 수납기준

- 1) 기본원칙 : 수급자가 개별적으로 요구하는 물품 및 용역을 시설에서 구매하여 제공하는 경우 실비를 수납할 수 있으며, 기관은 실비 이외에 추가비용을 수납하지 못함
- 2) 세부기준
 - (1) 주야간보호를 이용하는 수급자의 기저귀 비용 : 사용량에 따라 실비수납 가능, 또는 수급자가 원할 경우 이용자가 직접 구입한 기저귀를 이용토록 함
 - (2) 기호품 등 수급자의 희망에 의한 일상용품 구입비용 : 일률적으로 제공되는 일상용품(휴지, 비누, 수건, 실내화 등)에 대해서는 비용수납 불가
 - (3) 각종 프로그램 비용 : 원칙적으로 프로그램 운영은 장기요양급여의 일환으로 제공되는 기본 서비스 범주에 해당하므로 별도 비용수납은 불가. 단, 수급자의 개별적 희망에 의해 외부의 서비스 제공자가 개인을 대상으로 제공하는 것에 대해서 수급자가 실비를 부담하는 것은 가능

장기요양급여 이용(제공) 계획서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용(제공)계획은 아래와 같습니다.

일자	이용여부	일자	이용여부	일자	이용여부
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	
				31	

※ 기타 :

※ 예) 이용(○), 미이용(×)

년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양기관 : (인)

장기요양급여 종결(☐ 신청 ☐ 안내)서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 계약기간 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

상기인은 아래와 같은 사유로 장기요양급여(☐이용 ☐제공)을 종결신청(안내) 합니다.

- 아 래 -

1. 종결사유

- ☐ 타기관이용 ☐ 타서비스이용 ☐ 등급변동 ☐ 장기입원 ☐ 사망 ☐ 계약기간종료 ☐ 기타()

2. 종결일자 :

년 월 일

이용자 또는 장기요양기관장 (인)

장기요양급여 이용료 세부내역서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 계약기간 :
 ○ 이용기간 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용내역을 아래와 같이 통보합니다.

- 아 래 -

구 분		금액(원)	내 역
총 계			
요양보험	소 계		
부담비용	요양급여비용(○○%)		
소 계			
개인	요양급여비용(○○%)		
부담비용	비급여	재가급여 월한도액 초과금액	

※ 본 세부내역은 계약서의 내용을 기준으로 작성하였으며 실제 이용에 따라 변경될 수 있음.

년 월 일

장기요양기관장 (인)

장기요양급여 납부확인서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여비용을 아래와 같이 납부하였기에 납부확인서를 발급합니다.

- 1. 납부일자 : . . .
- 2. 납부금액 : 원
- 3. 납부방법 : 000은행 등

년 월 일

장기요양기관장 (인)

개인정보 제공 및 활용 동의서

성명 : (생년월일 :)

주소 :

1. 수집대상정보

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

2. 수집정보의 활용범위

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

이용자 : (인)

장기요양급여 이용 표준약관

(방문목욕)



공정거래위원회
표준약관 제10068호
(2014. 9. 19. 개정)

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

계약당사자				
이용자 (갑)	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	기 타	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
제공자 (을)	시설명		시설종류	
	시설장 성명	(인)	연락처	
	주 소			
대리인 또는 보호자 (병)	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			

제1조(목적) 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들 중 장기요양등급을 받은 분들에게 방문목욕급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

제2조(계약기간)

- ① 계약기간은 ○○○○년 ○○월 ○○일부터 ○○○○년 ○○월 ○○일까지로 한다.
- ② 제1항의 기간은 당사자 간의 협의에 따라 변경할 수 있다.

제3조(급여범위) 방문목욕급여는 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여로 한다.

제4조(급여이용 및 제공)

- ① 방문목욕급여 이용 및 제공은 장기요양급여 이용(제공)계획서에 의한다.
- ② ‘갑’의 방문목욕급여 이용시간은 아래와 같이 한다. 다만, 방문목욕급여는 주 1회까지 이용이 가능하며 변실금 및 요실금 등으로 인하여 피부의 건강유지·관리가 불가피한 경우에는 초과하여 이용할 수 있다.

이용일	이용시간	이용방법/월
(,) 요일	: ~ :	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매월

- ③ ‘을’은 ‘갑’에게 방문목욕급여를 제공할 때에 반드시 2명의 요양보호사를 배치한다.
- ④ ‘을’은 익월 장기요양급여 제공을 하고자하는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘을’)과 협의하여 당월○일까지 별지 제1호서식의 장기요양급여 이용계획서를 작성하고 장기요양급여 이용계획서에 따라 장기요양급여를 제공 한다.

제5조(계약자 의무)

- ① ‘갑’은 다음 각호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
 1. 월 이용료 납부의무
 2. 방문목욕급여 범위내 급여이용
 3. 장기요양급여 이용수칙 준수
 3. 기타 ‘을’과 협의한 규칙이행
- ② ‘을’은 다음 각호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
 1. 방문목욕급여 제공 계약내용 준수
 2. 서비스 제공시간에‘갑’에게 일어난 신병이상에 대하여 즉시‘병’에게 통보
 3. 급여제공시간에 ‘갑’의 주변 및 집기류의 청결 및 유지관리

4. 급여제공 중 알게된 ‘갑’의 신상 및 질환증에 관한 비밀유지
(단, 치료 등의 조치가 필요한 경우는 예외)
 5. ‘갑’이 수치심을 느끼지 않도록 급여제공
 6. 이용상담, 지역사회 다른 서비스 이용 정보제공
 7. 노인학대 예방 및 노인인권 보호 준수
 8. 기타 ‘갑’(또는 ‘병’)의 요청에 협조
- ③ ‘병’은 다음 각호의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.
1. ‘갑’에 관한 건강 및 필요한 자료제공
 2. ‘갑’의 월 이용료 등 비용 부담
 3. 인적 사항 및 장기요양보험 등급 변경 시 즉시 통보
 4. ‘갑’에 대한 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’에게 통보
 5. 기타 ‘을’의 협조요청 이행

제6조(계약해지 요건)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 다음 각호에 해당되는 경우에는 ‘을’과 협의하여 계약을 해지할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
 2. 제3조의 방문목욕급여 범위에 해당하는 급여를 이행하지 아니한 경우
 3. 제4조제2항의 방문목욕급여 제공시간을 ‘갑’(또는 ‘병’)의 동의 없이 ‘을’이 임의로 변경하거나 배치된 장기요양요원을 임의로 변경 했을 경우
 4. 기타 ‘갑’의 계약해지 사유가 발생한 경우
- ② ‘을’은 다음 각호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)과 협의하여 계약을 해지할 수 있다.
1. 제2조의 계약기간이 만료되거나 사망한 경우
 2. ‘갑’이 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우
 3. ‘갑’의 건강진단 결과 「감염병의예방및관리에대한법률」에 따른 감염병환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
 4. ‘갑’의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때
 5. 이용계약시 제시된 이용안내를 ‘갑’이 정당한 이유 없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때
 6. ‘갑’이 월 5회 이상 무단으로 방문목욕급여 이용시간과 장소를 지키지 아니하였을 때

제7조(계약의 해지)

- ① ‘갑’(또는 ‘병’)은 제6조제1항의 계약해지 요건이 발생한 경우에는 해당일 또는

계약기간 만료일전에 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결 신청서를 제출하여야 한다. 다만, 기타 부득이한 경우에는 우선 유선으로 할 수 있다.

- ② ‘을’은 제6조제2항에 의한 계약해지 요건이 발생한 경우에는 계약해지 의사를 별지 제2호서식의 장기요양급여 종결안내서 및 관련 증빙서류와 함께 ‘갑’과 ‘병’에게 통보하고 충분히 설명해야 한다.

제8조(이용료 납부)

- ① 방문목욕급여비용 및 본인부담 기준은 별표 1과 같다.
- ② ‘을’은 전월 1일부터 말일까지의 이용료를 매월 ○일에 정산하고 ‘갑’ (또는 ‘병’)에게 ○일까지 별지 제3호서식의 장기요양급여 이용료 세부내역서를 통보한다.
- ③ ‘갑’은 매월 이용료를 ○○○○으로 ○일에 납부 한다. 다만, 납부일이 공휴일인 경우에는 그 익일로 한다.
- ④ ‘을’은 ‘갑’이 납부한 비용에 대해서는 별지 제4호서식의 장기요양급여 납부 확인서를 발급한다.

제9조(재계약) 다음 각호에 해당하는 경우에는 이를 반영한 계약서를 재작성한다.

1. 제2조의 계약기간이 만료된 경우
2. 장기요양 인정등급이 변경된 경우
3. 방문목욕 급여비용 및 본인부담 비용이 변경된 경우
4. 기타 ‘갑’과 ‘을’이 필요한 경우

제10조(건강관리)

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 종사자들에게 연 1회 이상 건강 진단을 실시하여야 한다.
- ② ‘을’은 요양보호사가 방문목욕급여 제공 도중 ‘갑’에게 상해를 입혔을 경우 적절한 조치를 취해야 한다.

제11조(위급 시 조치)

- ① ‘을’은 방문목욕급여 제공시간에 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만, 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ ‘갑’이 서비스 이용도중 사망하였을 경우 ‘을’은 즉시 ‘병’에게 통보한다.

제12조(개인정보 보호의무)

- ① ‘갑’은 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ② ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ③ ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인 정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ④ ‘을’은 개인정보수집 및 활용을 하고자 하는 경우에는 ‘갑’에게 별지 제5호 서식의 개인정보제공 및 활용 동의서를 받아야 한다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

제13조(기록 및 공개) 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, ‘갑’(또는 ‘병’)이 요구할 경우에는 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

제14조(배상책임)

- ① ‘을’은 다음 각호의 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)에게 배상의무가 있으며 배상책임은 관계규정에 따른다.
 1. 장기요양요원(또는 ‘을’)이 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하는 등 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
 2. 장기요양요원(또는 ‘을’)의 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인학대 및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 하였을 때
- ② 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘갑’(또는 ‘병’)은 ‘을’에게 배상을 요구할 수 없다.
 1. 자연사 또는 질환에 의하여 사망 하였을 때
 2. ‘을’이 선량한 주의의무를 다했음에도 임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
 3. 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망 하였을 때
 4. ‘갑’의 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

제15조(기타)

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 부득이한 사정으로 소송이 제기될 경우 ‘갑’(또는 ‘병’) 또는 시설이 속한 소재지역의 관할법원으로 한다.

위와 같이 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각각 1부씩 보관키로 한다.

년 월 일

상기 내용에 대한 충분한 설명을 ‘갑’과 ‘병’에게 제공하였습니다.

‘을’ 시설장 (인)

상기 내용을 읽고 그 내용에 동의합니다.

‘갑’ 이용자 (인)

‘병’ 대리인(보호자) (인)

[별표 1]

방문목욕 급여비용 및 본인부담 기준(2000.00.00)

○ 방문목욕의 1회당 이용시간별 급여비용

분 류	금액(원)
방문목욕 차량을 이용한 경우(차량내 목욕)	
방문목욕 차량을 이용한 경우(가정내 목욕)	
방문목욕 차량을 이용하지 아니한 경우	

- 방문목욕의 급여비용은 2인 이상의 요양보호사가 60분 이상 서비스를 제공한 경우에 산정하고, 소요시간이 40분 이상 60분 미만인 경우에는 해당 급여비용의 80%를 산정한다.

○ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름

○ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구 분	재가급여
일반	15%
기초수급권자	0%
기타 의료수급권자 차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(화귀난치성, 만성질환자) 저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	7.5%

장기요양급여 이용(제공) 계획서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용(제공)계획은 아래와 같습니다.

일자	이용여부	일자	이용여부	일자	이용여부
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	
				31	

※ 기타 :

※ 예) 이용(○), 미이용(×)

년 월 일

이 용 자 : (인)

장기요양기관 : (인)

장기요양급여 종결(☐ 신청 ☐ 안내)서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 계약기간 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

상기인은 아래와 같은 사유로 장기요양급여(☐이용 ☐제공)을 종결신청(안내) 합니다.

- 아 래 -

1. 종결사유

- ☐ 타기관이용 ☐ 타서비스이용 ☐ 등급변동 ☐ 장기입원 ☐ 사망 ☐ 계약기간종료 ☐ 기타()

2. 종결일자 :

년 월 일

이용자 또는 장기요양기관장 (인)

장기요양급여 이용료 세부내역서

- 성 명 :
 ○ 주 소 :
 ○ 계약기간 :
 ○ 이용기간 :
 ○ 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여 이용내역을 아래와 같이 통보합니다.

- 아 래 -

구 분		금액(원)	내 역
총 계			
요양보험	소 계		
부담비용	요양급여비용(○○%)		
소 계			
개인	요양급여비용(○○%)		
부담비용	비급여	재가급여 월한도액 초과금액	

※ 본 세부내역은 계약서의 내용을 기준으로 작성하였으며 실제 이용에 따라 변경될 수 있음.

년 월 일

장기요양기관장 (인)

장기요양급여 납부확인서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 이용기간 :
- 급여종류 : ☐ 방문요양 ☐ 방문목욕 ☐ 방문간호
☐ 주·야간보호 ☐ 단기보호

0000년 0월 장기요양급여비용을 아래와 같이 납부하였기에 납부확인서를 발급합니다.

- 1. 납부일자 : . . .
- 2. 납부금액 : 원
- 3. 납부방법 : 000은행 등

년 월 일

장기요양기관장 (인)

개인정보 제공 및 활용 동의서

성명 : (생년월일 :)

주소 :

1. 수집대상정보

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

2. 수집정보의 활용범위

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

이용자 : (인)

입소대기자 관리 대장

(기준일 : 년 월 일)

[illegible]

000요양센터 입소 신청서				
입소 대상자	성 명	(인)	등 급 (인정번호)	
	생년월일		연락처	자택)
	주 소			
	자격여부	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 50%경감대상자 <input type="checkbox"/> 국민기초생활 수급권자		
	실제 거주 상황	<input type="checkbox"/> 가정보호(구체적인 거처:) <input type="checkbox"/> 병원입원(병원명: ,위치:) <input type="checkbox"/> 타시설입소(시설명: ,위치:) <input type="checkbox"/> 기타()		
	성 별		종 교	
	특이사항			
대리인 또는 보호자	성 명	(인)	관 계	‘갑’의 ()
	생년월일		연락처	자택) 이동전화)
	주 소			
구비서류	1. 장기요양인정서 1부 2. 표준장기요양이용계획서 1부			
상기와 같이 000요양센터에 입소를 신청합니다. <div style="text-align: center;"> 년 월 일 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 주보호자(신청자) (서명/날인) </div>				

이용자(입소자)관리카드

대상자번호	0000000000	대상자명				
주민등록번호	000000-*****	성별	여			
생활구분	일반	생년월일	0000000			
본적주소						
자택주소	(000-000) 서울특별시 000					
자택전화번호		이동전화번호				
혈액형	B(RH+)	전자우편주소				
학력	000졸업	종교	000	취미	등산	
특기	노래	직업	무직	결혼여부	기혼	
금융기관명	00000	계좌번호	0000	예금주성명	00	
보호자성명	000	대상자와의관계	자녀	담당자성명	000	
보호자주소	(000-000) 서울특별시 000					
장애유무		질병유형	당뇨병, 치매, 파킨슨병, 기타			
이용상황	129이용하여 입소		이용경위	지인소개		
종결일자		종결사유		사망일자		
종결내용						
사망조치내역			사망조치비고			
신병인 성명		주민등록번호	xxxxxxxxxxx	자택전화번호		
신병인 주소						
가족사항						
가족성명	연령	관계	직업	전화번호	동거여부	비고

사정 기록지(초기사정, 재사정)

작성년월일 : 년 월 일

작성자 :

클라이언트개인사항							
관리번호		성명	000	종교	000	주민등록번호	0
대상자분류	일반		기초생활수급권자		차상위(저소득)		국가유공자
	유 (장애유형 :						무
	독거		부부		자녀가족		친척동거
주소						전화번호	
가족사항	관계	성명	생년월일	직업	종교	동거여부	비고
	자녀			기타	기독교	유	1. 계약자 : 자녀(셋째딸 주 보호자) / 응급, 외래, 면회, 외출외박 관리
	자녀			기타	기독교	무	2. 보증인 : 자부(셋째아들) / 외래, 응급
신체상태 욕구사정	<p>일상</p> <p>1. ADL 및 기능적 움직임 & 연하: [MBI - 56] Moderate assist Lt. shoulder에 pain 호소로 움직임 제한 보이시나 Rt.와 같이 기능적인 움직임 보이시는데 어려움 없으심. 간단한 ADL 잘 수행하시나 대소변에 조절에 큰 어려움 보이심.</p> <p>2. 지각 & 인지 : [CDR -1] 의사소통 가능하시나 지남력 및 기억력에 두드러진 인지저하 보이심.</p> <p>3. 심리 & 사회 & 기타 : [GDS - 6단계] 대변만지는 불결행동 보이시나 다른 큰 문제행동은 나타나지 않으심.</p> <p>기능</p> <p>1. 관절가동역 및 근력: 양측 상지-부분제한 있음.(Bt. Sh.)/Normal, 양측 하지-제한 없음./Normal</p> <p>2. 균형능력: Sitting-Good, Standing-Good-</p> <p>3. 기능적 동작: 대부분 독립적으로 가능함.</p> <p>4. 이동능력: w/c 이동 (워커 보행 가능하나, 치료실 이동 시 낙상이 우려 되어 휠체어로 이동)</p> <p>5. 통증 및 기타: 목, 양측 어깨, 허리, 양측 무릎의 통증 호소. Both Sh. Flex. 90° ↑ pain</p>						
질병 욕구사정	<p>3등급 치매</p> <p>*00대학교병원진단서(2013.03.08발행)</p> <p>-communicating hydrocephalus(교통성수두증)</p> <p>-pure hypercholesterolemia (순수과 콜레스테롤혈증)</p> <p>-other specified urinary incontinence (요실금)</p> <p>-Atypical dementia ,Alzheimer's type(알츠하이머형치매)</p> <p>*2011년부터 치매증상발병함 (00의료원에서치매 진단)</p> <p>2013.봄에 00병원에서 뇌수종수술</p> <p>2003년 양무릎인공관절 수술함</p> <p>2008년경 00의료원에서 rt 어깨 (낙상으로) 인대 파열되어 인대연결수술</p> <p>고혈압은2011년경부터있었으나 약드시며 현재조절되어 혈압약은 안드시</p> <p>골다공증있다하심</p> <p>*정기적으로 한양대병원 신경과 진료후 복약중</p>						
인지상태 욕구사정	<p>1. 인지상태</p> <p>1) 정신상태: 보호자 의견으로 치매를 판정 받았으나, 장기기억력과 지남력(가족)은 가능하나 단기기억력은 저하된 상태임. 상황 판단력과 지남력(장소, 시간)은 거의 저하되어 있는 상태이며, 담당자가 대면 중에도 엉뚱한 대답과 불안정한 모습으로 배회하려고 주변을 살피는 모습을 발견할 수 있었음.</p> <p>2) 감정: 보호자의 의견으로 온순하고 내성적인 성품이라 감정표출은 없다는 의견을 주었음. 다만, 해안지방출신이라 말투가 거칠고 간헐적인 폭언이 있다는 의견을 주었음.</p>						
의사소통 욕구사정	<p>1. 의사소통</p> <p>1) 청취능력:</p> <p>담당자와 대면하면서 소리와 자극에 대해 반응하는 것을 확인할 수 있었음.</p> <p>2) 발음능력: 언어사용은 원활하다고 판단됨.</p>						
영양상태 욕구사정	<p>1.밥과 일반반찬으로 제공함</p> <p>2.식사의 섭취량과 섭취상태 모두 양호한 편</p> <p>3.정상체중의 103.9%로 정상체중을 잘 유지하고 있으므로 꾸준한 섭취를 통해 기력을 유지하도록 함</p>						

가족 및 환경적 욕구사정	<p>1. 사회적 상태</p> <p>1) 생활방식: 입소 전 가정에서 방문요양서비스를 이용하였고, 자녀들의 왕래와 조호로 생활을 영위하였음.</p> <p>2) 친구관계 : 현재 건강상태로 인해 외부와의 관계는 단절되었음.</p> <p>2. 가족 및 환경상태</p> <p>1) 가족상황: 배우자는 25년전 질병으로 사별하였고, 슬하에 1남 2녀의 자녀가 있으며, 가족간의 왕래는 원활하게 이루어지고 있음. 주로 큰딸과 막내 아들이 어르신 조호와 외래진료, 경제적인 부분을 지원하였음.</p> <p>2) 거주환경: 현재 4인실 입식생활 유지</p>
수급자(보호자) 호소 욕구사정	<p>1) 입소자: 센터 생활 적응과 친구를 사귀고 싶다는 의사를 표현하였음.</p> <p>2) 보호자: 프로그램(미술치료, 레크레이션, 웃음치료, 도자기 공예), 문화행사, 봉사자를 통한 인지훈련을 적극 지원 받고 싶다는 의사를 표현</p>
자원이용 욕구사정	<p>1. 외부자원: 산책과 말벗의 욕구가 있어 정기적으로 방문하는 개인 봉사자를 통해 진행함이 필요하다고 사료됨</p> <p>2. 병원진료: 00의원을 통해 정기검진과 복약을 지원 받고 있었음.</p>
총평	<p><사회복지></p> <p><총평></p> <p>입소 초기 당시 불안증과 초조로 인해 주변을 배회하는 증상이 일시적으로 발생되었으나 이내 점차 안정화 되어 가는 모습을 발견할 수 있었음. 또한, 주변 사람들과 어울리는 것을 좋아함.</p>
비고	
가계도	재사정시 가계도 불필요
생태도	재사정시 생태도 불필요

입소자 건강수준 평가

1. 의식상태

<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 졸린상태	<input type="checkbox"/> 질문에만 반응
<input type="checkbox"/> 통증에만 반응	<input type="checkbox"/> 통증에도 반응없음	

2. 활동정도

<input type="checkbox"/> 자유로움	<input type="checkbox"/> 자유롭지 못함
<input type="checkbox"/> 마비 : 부위	<input type="checkbox"/> 감각이상 : 부위

3. 호흡양상

<input type="checkbox"/> 기관지절개관 #	<input type="checkbox"/> 산소사용 L/min	<input type="checkbox"/> 기침 : 객담 객혈	<input type="checkbox"/> 통증 : 부위 양상
<input type="checkbox"/> 호흡곤란	<input type="checkbox"/> 청색증	<input type="checkbox"/> 기좌호흡	<input type="checkbox"/> 기타

4. 소화기기능

식이형태	<input type="checkbox"/> 구강	<input type="checkbox"/> 위관 #	<input type="checkbox"/> 수액
체중변화	<input type="checkbox"/> 변화있음	<input type="checkbox"/> 증가 kg	<input type="checkbox"/> 감소 kg
<input type="checkbox"/> 식욕부진	<input type="checkbox"/> 연하장애	<input type="checkbox"/> 오심	<input type="checkbox"/> 구토
<input type="checkbox"/> 변비	<input type="checkbox"/> 설사	<input type="checkbox"/> 통증 : 부위 양상	

5. 심혈관기능

<input type="checkbox"/> 홍통 : 부위 양상	<input type="checkbox"/> 부종 : 부위	<input type="checkbox"/> 심계항진	<input type="checkbox"/> 청색증
<input type="checkbox"/> 부정맥	<input type="checkbox"/> 심잡음	<input type="checkbox"/> weak pulse	<input type="checkbox"/> 기타

6. 배설기능

<input type="checkbox"/> 소변 : 회/일	<input type="checkbox"/> 색깔 및 양상 :	<input type="checkbox"/> 유치도뇨관#	
<input type="checkbox"/> 빈뇨	<input type="checkbox"/> 혈뇨	<input type="checkbox"/> 노실금	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란
<input type="checkbox"/> 노긴박감	<input type="checkbox"/> 대변 : 회/일	<input type="checkbox"/> 색깔 및 양상:	

7. 피부상태

<input type="checkbox"/> 욕창(크기, 부위, 정도)			
<input type="checkbox"/> 발진	<input type="checkbox"/> 소양감	<input type="checkbox"/> 탈수	<input type="checkbox"/> 정상

8. 건강행위

<input type="checkbox"/> 술(양/종류) /	<input type="checkbox"/> 담배(양/흡연력)
<input type="checkbox"/> 수면습관	<input type="checkbox"/> 운동습관

9. 일상생활 수행능력 정도

침상에서의 움직임	<input type="checkbox"/> 스스로	<input type="checkbox"/> 도움필요	<input type="checkbox"/> 불능
식사 및 운동	<input type="checkbox"/> 스스로	<input type="checkbox"/> 도움필요	<input type="checkbox"/> 불능
이동 및 계단오르기	<input type="checkbox"/> 스스로	<input type="checkbox"/> 도움필요	<input type="checkbox"/> 불능
옷입고 벗기 및 개인위생	<input type="checkbox"/> 스스로	<input type="checkbox"/> 도움필요	<input type="checkbox"/> 불능

10. 정서상태

<input type="checkbox"/> 안정	<input type="checkbox"/> 불안	<input type="checkbox"/> 슬픔	<input type="checkbox"/> 우울	<input type="checkbox"/> 긴장	<input type="checkbox"/> 거부	<input type="checkbox"/> 기타
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

육구조사기록지

(6쪽 중 제1쪽)

※ 작성자는 최근 1개월 시점의 수급자 상태를 종합하여 작성하여 주시기 바랍니다.

※ [], □에는 해당되는 곳에 √ 표기를 합니다.

기관명	기관기호	작성일	년	월	일
작성자 성명	직종				
육구조사 유형	[] 최초 [] 정기 [] 상태변화 [] 기타()				

1. 일반사항

수급자	성명	성별	[] 남	[] 여
	장기요양인정번호 L	생년월일	(세)	
면담자	[] 수급자	장기요양등급	등급	
	[] 보호자	성명	주 수발자 여부	[] Y [] N

2. 일반적 건강상태

키/체중	키	cm	체중	kg	BMI
가. 보유질환	□ 없음				
뇌신경계	□ 뇌졸중(뇌출혈, 뇌경색증) □ 치매 □ 파킨슨병 □ 우울증				
호흡·순환기계	□ 고혈압 □ 협심증 □ 심근경색증 □ 천식 □ 만성폐쇄성폐질환				
내분비·대사	□ 당뇨 □ 고지혈증				
근골격계	□ 관절염(퇴행성·류마티스) □ 골다공증 □ 골절·탈골 등 사고로 인한 후유증				
비뇨생식기계	□ 만성신부전 □ 요로감염 □ 만성방광염 □ 전립선비대				
감각계	□ 백내장 □ 녹내장 □ 난청 □ 만성중이염 □ 이명				
감염	□ 결핵 □ 옴 □ 다약제내성균(종류:)				
기타 질환	□ 암(진단명:) □ 알레르기() ※ 식품·약물·접촉성 알레르기 등 □ 기타()				
나. 복용 및 의료이용	□ 복용하는 약이 없음 □ 정기적 약 복용(사유: , 병원명: , 진료주기: 월 회) □ 비정기적 약 복용(사유:) □ 수면장애로 인한 약 복용 □ 기타()				

다. 구강과 영양상태

1) 구강상태	□ 양호 □ 틀니착용([]부분 []완전) □ 잔존치아 없음 □ 기타()				
2) 구강건강	□ 양호 □ 구취/위생불량 □ 잇몸출혈/통증 □ 구강건조 □ 기타()				
3) 식사형태	□ 일반식 □ 다진식 □ 죽 □ 유동식 □ 경관영양 □ 기타() 치료식 □ 해당 없음 □ 당뇨식 □ 저염식 □ 기타() 식사제공 유의사항				
4) 영양상태	□ 양호 □ 불량 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()				

라. 의견 및 판단근거

3. 일상생활기능

※ 도움이 필요한 정도를 평가하여 해당 숫자에 √ 표기를 합니다.

[0] 혼자 할 수 있음, [1] 지시(준비)도움, [2] 직접(부축)도움, [3] 전혀 수행할 수 없음

	구분	확인	구분	확인
가. 위생관리	1) 세수하기	[0][1][2][3]	3) 화장실(이동변기) 사용하기	[0][1][2][3]
	2) 양치질하기(틀니관리)	[0][1][2][3]	4) 몸 씻기	[0][1][2][3]
나. 일상생활	1) 옷 벗고 입기	[0][1][2][3]	3) 음식 삼키기	[0][1][2][3]
	2) 식사하기	[0][1][2][3]		
다. 도구적 일상생활	1) 청소 및 정리정돈	[0][1][2][3]	4) 교통수단 이용하기	[0][1][2][3]
	2) 식사 준비하기	[0][1][2][3]	5) 약 챙겨먹기	[0][1][2][3]
	3) 빨래하기	[0][1][2][3]	6) 물건사기	[0][1][2][3]
라. 배뇨기능 및 방법				
1) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 양호	<input type="checkbox"/> 요실금	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨 지연 등)	
	<input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함		<input type="checkbox"/> 기타()	
2) 배뇨방법	<input type="checkbox"/> 화장실	<input type="checkbox"/> 이동변기	<input type="checkbox"/> 기저귀	
	<input type="checkbox"/> 배뇨관(유치도뇨관 · 방광루 등)		<input type="checkbox"/> 기타()	
마. 배변기능 및 방법				
1) 배변기능	<input type="checkbox"/> 양호	<input type="checkbox"/> 변실금	<input type="checkbox"/> 잦은 설사	<input type="checkbox"/> 변비
	<input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함		<input type="checkbox"/> 기타()	
2) 배변방법	<input type="checkbox"/> 화장실	<input type="checkbox"/> 이동변기	<input type="checkbox"/> 기저귀	
	<input type="checkbox"/> 장루		<input type="checkbox"/> 기타()	
바. 의견 및 판단근거				

4. 재활 및 신체기능

가. 근골격계 증상				
1) 관절구축	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 상지([]좌 []우)	<input type="checkbox"/> 하지([]좌 []우)	부위()
2) 운동장애	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 상지([]좌 []우)	<input type="checkbox"/> 하지([]좌 []우)	부위()
3) 마비	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 상지([]좌 []우)	<input type="checkbox"/> 하지([]좌 []우)	부위()
4) 절단	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 상지([]좌 []우)	<input type="checkbox"/> 하지([]좌 []우)	부위()
나. 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능		<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능	
	<input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능		<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능	
	<input type="checkbox"/> 보행 불가			
보장구 종류		[] 지팡이 [] 성인용 보행기 [] 휠체어 [] 기타()		
다. 지난 3개월 간 낙상	<input type="checkbox"/> 없음			
	<input type="checkbox"/> 있음(횟수:)			
라. 신체기능 ※ [0] 혼자 할 수 있음, [1] 지시(준비)도움, [2] 직접(부축)도움, [3] 전혀 수행할 수 없음				
	구분	확인	구분	확인
1) 누운 상태에서 옆으로 돌아눕기	[0][1][2][3]	3) 바닥에 앉은 상태에서 일어서기	[0][1][2][3]	
	2) 누운 상태에서 몸 일으켜 앉기		[0][1][2][3]	4) 실내 보행하기
마. 의견 및 판단근거				

5. 간호관리

가. 호흡기간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 기관절개관 <input type="checkbox"/> 흡인 <input type="checkbox"/> 산소요법 <input type="checkbox"/> 분무요법(네블라이저) <input type="checkbox"/> 기타()					
나. 피부간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 욕창(부위: , []1단계 []2단계 []3단계 []4단계) <input type="checkbox"/> 말초신경병증궤양(당뇨발 등) <input type="checkbox"/> 화상 <input type="checkbox"/> 소양증 <input type="checkbox"/> 기타()					
다. 소화기간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 비위관 <input type="checkbox"/> 위관 <input type="checkbox"/> 기타()					
라. 통증간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 일반통증(부위: , 정도: 점) * 통증정도 판단기준 <input type="checkbox"/> 암성통증(부위: , 정도: 점) 0점(전혀 없음) ~ 10점(매우 심함)					
	통증빈도	[] 일 1회 이상	[] 주 1회 이상			
	통증관리	[] 일반진통제	[] 마약성 경구 진통제	[] 마약성 주사제		
		[] 마약성 진통제 패치	[] 냉·온 요법	[] 기타()		
마. 배뇨간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 유치도뇨관 <input type="checkbox"/> 단순도뇨 <input type="checkbox"/> 요루 <input type="checkbox"/> 방광루 <input type="checkbox"/> 투석([]혈액 []복막) <input type="checkbox"/> 기타()					
바. 배변간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 장루 <input type="checkbox"/> 관장 <input type="checkbox"/> 기타()					
사. 내분비간호	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 인슐린투여 <input type="checkbox"/> 기타()					
아. 의견 및 판단근거						

6. 인지 및 의사소통

※ 해당되는 증상에 모두 ✓ 표기

가. 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([]단기 []장기) <input type="checkbox"/> 지남력 저하([]시간 []장소 []사람) <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하
나. 행동증상	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 환각(환청·환시 등) <input type="checkbox"/> 길 잃음 <input type="checkbox"/> 도움에 저항 <input type="checkbox"/> 불규칙 수면 <input type="checkbox"/> 배회 <input type="checkbox"/> 공격성([]언어적 []비언어적) <input type="checkbox"/> 부적절한 행동 <input type="checkbox"/> 불결행동 <input type="checkbox"/> 식습관 변화(식사거부, 과다 등) <input type="checkbox"/> 부적절한 옷 입기 <input type="checkbox"/> 반복적인 말이나 행동
다. 심리증상	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 우울감 <input type="checkbox"/> 무기력·무감동 <input type="checkbox"/> 불안·초조 <input type="checkbox"/> 기타()
라. 의사소통	
1) 이해능력	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 양호 약간의 어려움 단순 소통만 가능 이해하지 못함 </div> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 측정불가</div> </div>
2) 표현능력	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 양호 약간의 어려움 단순 표현만 가능 표현하지 못함 </div> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 측정불가</div> </div>
3) 시력상태 <input type="checkbox"/> 안경 사용	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 정상 1미터 거리 보임 근접한 사물 보임 보이지 않음 </div> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 판단불능</div> </div> <p>* 안경을 사용하는 경우 안경을 착용한 상태를 기준으로 판단</p>
4) 청력상태 <input type="checkbox"/> 보청기 사용	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 정상 먼 곳의 소리는 들리지 않음 큰 소리만 들림 들리지 않음 </div> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 판단불능</div> </div> <p>* 보청기를 사용하는 경우 보청기를 착용한 상태를 기준으로 판단</p>
마. 의견 및 판단근거	

7. 수급자의 가족 및 지지체계

가. 주거상태				
1) 수급자의 주거형태	<input type="checkbox"/> 자택	<input type="checkbox"/> 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)		
	<input type="checkbox"/> 양로시설	<input type="checkbox"/> 요양병원	<input type="checkbox"/> 기타()	
2) 동거인	<input type="checkbox"/> 독거			
	<input type="checkbox"/> 배우자	<input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 며느리·사위	<input type="checkbox"/> 형제·자매
	<input type="checkbox"/> 손자녀	<input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 친척	<input type="checkbox"/> 기타()
나. 수급자의 지지체계				
1) 자녀	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(아들 명, 딸 명)		
2) 주 수발자	<input type="checkbox"/> 없음			
	<input type="checkbox"/> 있음	가) 주 수발자의 관계 [] 배우자 [] 자녀 [] 며느리·사위 [] 형제·자매 [] 손자녀 [] 부모 [] 친척 [] 기타()		
		나) 주 수발자의 부양부담 [] 전혀 부담되지 않음 [] 아주 가끔 부담됨 [] 가끔 부담됨 [] 자주 부담됨 [] 항상 부담됨		
3) 수급자의 사회적교류	하루종일 혼자있음	① 예 ② 아니오		
	가족 교류	① 주1~2회 ② 월1~2회 ③ 분기1~2회 ④ 연1~2회 ⑤ 없음		
	친구·이웃 교류	① 주1~2회 ② 월1~2회 ③ 분기1~2회 ④ 연1~2회 ⑤ 없음		
다. 현재 이용 중인 지역사회 자원				
<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 노인맞춤돌봄서비스(서비스 내용:) <input type="checkbox"/> 노인복지관 <input type="checkbox"/> 보건의료서비스(보건소, 치매안심센터 등) <input type="checkbox"/> 식사지원(급식 및 도시락 배달 등) <input type="checkbox"/> 이동지원서비스(차량지원, 무료택시 등) <input type="checkbox"/> 주거지원서비스(도배, 장판, 주택개조 등) <input type="checkbox"/> 이미용서비스 <input type="checkbox"/> 장애인활동지원서비스 <input type="checkbox"/> 종교단체 지원 <input type="checkbox"/> 기타()				
라. 의견 및 판단근거				

8. 수급자가 거주하는 곳의 환경

※ 시설급여기관은 해당하지 않습니다.

가. 수급자가 거주하는 곳의 층수				
<input type="checkbox"/> 지층 <input type="checkbox"/> 1층 <input type="checkbox"/> 2층 <input type="checkbox"/> 3층 이상				
나. 생활환경				
주거환경	상태	주거환경	상태	
1) 엘리베이터	① 있음 ② 없음	7) 주방 상태	① 양호 ② 불량	
2) 실내·외 계단	① 있음 ② 없음	8) 화장실 위치	① 실내 ② 실외	
3) 실내 장애물(문턱)	① 있음 ② 없음	9) 좌변기	① 있음 ② 없음	
4) 바닥·벽지	① 양호 ② 불량	10) 온수	① 있음 ② 없음	
5) 냉·난방 및 환기	① 양호 ② 불량	11) 샤워기	① 있음 ② 없음	
6) 조명	① 양호 ② 불량	12) 세면대	① 있음 ② 없음	
다. 의견 및 판단근거				

9. 수급자 및 보호자가 희망하는 서비스

가. 신체활동 지원

- ☐ 개인위생([]세면 []구강청결 []몸단장 []머리감기 []옷 갈아입기)
☐ 몸 씻기(목욕) ☐ 체위변경하기 ☐ 식사하기(식사도움)
☐ 이동도움(부축, 휠체어 등) ☐ 화장실 이용하기(이동변기, 기저귀 교환 등)

나. 일상생활 지원

- ☐ 식사 준비 및 정리 ☐ 청소·주변정돈 ☐ 의복 세탁 및 관리 ☐ 장비기
☐ 복약도움 ☐ 외출 동행([]병원 []관공서 []산책 []기타())
☐ 기타()

다. 기능회복훈련

- ☐ 신체기능 훈련 ☐ 일상생활 동작 훈련
☐ 인지기능 향상 훈련 ☐ 여가·정서프로그램
☐ 물리치료 ☐ 작업치료
☐ 기타()

라. 인지관리 및 정서지원

- ☐ 인지관리지원 ☐ 정서지원
☐ 기타()

마. 건강 및 간호관리

- ☐ 건강관리(투약관리 및 기초건강관리 등) ☐ 간호관리(욕창, 통증, 호흡기, 구강간호 등)

바. 방문목욕

- ☐ 차량을 이용한 방문목욕 ☐ 차량을 이용하지 않은 방문목욕

사. 복지용구

- 희망품목()

아. 장기요양급여 외 희망하는 지역사회 자원

- ☐ 없음 ☐ 보건의료서비스(보건소, 치매안심센터 등)
☐ 노인복지관 ☐ 이동지원서비스(차량지원, 무료택시 등)
☐ 식사지원(급식 및 도시락 배달 등) ☐ 이미용서비스
☐ 주거지원서비스(도배, 장판, 주택개조 등) ☐ 종교단체 지원
☐ 기타()

자. 의견 및 판단근거

10. 종합의견

작성요령

1. 일반사항

- 수급자: 수급자의 성명, 성별, 생년월일, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 면담자: 욕구조사기록지 작성을 위해 주로 면담한 사람이 수급자인 경우 수급자에 √표를 합니다. 보호자와 면담한 경우 보호자에 √표를 하고 면담한 보호자의 성명을 적은 후, 주로 수급자를 수발하는지 여부를 파악하여 √표 합니다.

2. 일반적 건강상태: 수급자의 보유질환, 복약 및 의료이용, 구강과 영양상태를 종합적으로 파악합니다.

- 보유질환: 수급자가 보유하고 있는 질환을 확인하여 그 내용을 작성합니다.
- 복약 및 의료이용: 약 복용여부, 정기 및 비정기적인 복약 사유를 확인하여 작성하며, 복약 사유가 여러 가지인 경우, 모두 작성합니다.
- 구강과 영양상태: 구강상태, 구강건강, 식사형태, 영양상태를 작성합니다.

3. 일상생활기능: 일상생활에 대해 도움이 필요한 정도와 배뇨·배변기능 및 방법을 파악합니다.

- 위생관리, 일상생활, 도구적 일상생활: 도움이 필요한 정도를 파악하여 해당 숫자에 √표를 합니다.
- 배뇨·배변기능 및 방법: 수급자의 배뇨·배변기능 상태와 그 방법을 작성합니다.

4. 재활 및 신체기능: 근골격계 증상, 보행상태, 낙상경험, 신체기능을 파악합니다.

- 근골격계 증상: 관절구축, 운동장애, 절단, 마비 증상여부를 파악하며 상세부위는 '부위'란에 작성합니다.
- 보행상태: 보행형태가 복합적일 경우, 수급자의 기능상태를 고려하여 가장 유사한 항목에 √표를 합니다.
- 지난 3개월간 낙상: 최근 3개월 간 낙상여부와 횟수를 작성합니다.
- 신체기능: 도움이 필요한 정도를 파악하여 해당 숫자에 √표를 합니다.

5. 간호관리: 각 영역별 간호관리가 필요한 항목을 파악합니다.

- 피부간호: 욕창은 조직의 손상정도, 환부깊이 등을 고려하여 1~4단계로 평가하고 상세부위를 작성합니다.
- 통증간호: 수급자가 느끼는 통증을 암성통증과 일반통증으로 구분하여 부위를 작성하고, 통증정도를 0~10점으로 작성합니다.

6. 인지 및 의사소통: 인지기능, 행동증상, 심리증상 및 의사소통 가능 정도를 파악합니다.

- 인지기능, 행동증상, 심리증상: 증상이 있는 경우 해당하는 증상에 모두 √표를 합니다.
- 의사소통: 이해력, 표현력, 시력, 청력의 정도를 판단하며 안경, 보청기를 사용하는 경우 착용상태를 기준으로 작성합니다.

7. 수급자의 가족 및 지지체계: 주거상태, 지지체계, 현재 이용 중인 지역사회 자원을 파악합니다.

- 주거상태: 현재 수급자가 거주하는 곳을 기준으로 작성하며, 노인요양시설·요양병원에 거주하는 경우 동거인을 작성하지 않습니다.
- 수급자의 지지체계: 자녀, 주 수발자, 사회적 교류 빈도 등을 파악하여 작성합니다.
- 현재 이용 중인 지역사회 자원: 장기요양급여 이외 현재 이용하고 있는 지역사회 자원을 작성합니다.

8. 수급자가 거주하는 곳의 환경: 수급자가 거주하는 가정환경을 종합적으로 파악하여 작성하며, 시설급여기관에 입소한 경우는 작성하지 않습니다.

9. 수급자 및 보호자가 희망하는 서비스: 장기요양급여로 받을 수 있는 서비스와 장기요양급여 외 수급자 및 보호자가 희망하는 서비스 등을 파악하여 작성합니다.

유의사항

1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
2. 수급자의 심신상태·생활환경 및 욕구를 파악하기 위해 건강상태, 일상생활기능, 재활 및 신체기능, 간호, 인지 및 의사소통, 가족 및 지지체계, 환경으로 구분하여 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
3. 각 분야별 의견 및 판단근거는 반드시 작성하여야 합니다.
4. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

장기요양급여 제공 계획서(방문요양, 방문목욕, 방문간호)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호		접수일					
①수급자	수급자 성명			생년월일			
	전화번호(휴대전화번호)						
	장기요양등급			장기요양인정번호			
	장기요양 인정유효기간			개인별 장기요양이 용계획서 번호			
②동의자	성명			수급자와의 관계			
	전화번호(휴대전화번호)			동의일			
③장기 요양기관	장기요양기관명			장기요양기관기호			
④ 급여제공 계획 작성	장기요양급여 종류	장기요양급여 계약일	장기요양급여 계약기간	장기요양급여 제공 계획서 적용기간	작성일	통보일	
	방문요양						
	방문목욕						
	방문간호						
⑤급여제공계획 내용							
목표	방문요양						
	방문목욕						
	방문간호						
급여종류	장기요양 필요영역	장기요양 세부목표	장기요양 필요내용	세부 제공내용	횟수	시간	작성자
종합의견		총괄 확인자					

「노인장기요양보험법」 제27조 및 같은 법 시행령 제13조, 같은 법 시행규칙 제21조의2에 따라 수급자의 장기요양급여 제공 계획서 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

동의자

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성방법

※ 급여제공계획은 개인별장기요양이용계획서의 급여종류 범위 내에서 수급자의 기능상태 및 욕구 등을 고려하여 급여개시 전에 작성하고, 수급자 또는 그 가족에게 충분한 설명을 한 이후 수급자 또는 그 가족의 동의를 받아 공단으로 통보해야 합니다.

- ① 수급자: 수급자 성명, 생년월일, 전화번호, 장기요양등급, 장기요양인정번호, 장기요양 인정유효기간, 개인별장기요양이용계획서 번호를 적습니다.
- ② 동의자
 - 해당 급여제공계획에 동의하는 사람의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(휴대전화번호)를 적습니다. 다만, 수급자와 동의자가 같은 사람일 경우 작성을 생략할 수 있습니다.
 - 동의일: 해당 급여제공계획 내용에 대해 동의한 날짜를 적습니다.
- ③ 장기요양기관
 - 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.
- ④ 급여제공계획 작성
 - 급여종류: 수급자와 계약이 체결되어 작성하고자 하는 급여제공계획서의 급여를 종류별로 작성합니다.
 - 급여계약일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 급여계약을 체결한 날짜를 적습니다.
 - 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간(계약 시작일과 종료일)을 적습니다.
 - 적용기간: 급여종류별 급여제공계획서에 따라 실제 급여를 제공하는 기간(시작일과 종료일)을 적습니다.
 - 작성일: 급여제공계획서의 실제 작성 날짜를 적습니다.
 - 통보일: 급여제공계획서의 실제 공단 통보날짜를 적습니다.
- ⑤ 급여제공계획 내용
 - 목표: 장기요양급여 제공으로 얻고자 하는 종합적인 효과를 적습니다.
 - 장기요양 필요영역: 개인별장기요양이용계획서의 영역과 급여제공에 필요한 영역을 적습니다.
 - 장기요양 세부목표: 세부 제공내용으로 얻고자 하는 수급자의 기능상태 향상 또는 욕구해결 등의 효과를 적습니다.
 - 장기요양 필요내용: 개인별장기요양이용계획서의 장기요양 필요내용 또는 제공할 급여내용을 적습니다.
 - 세부 제공내용: 급여내용의 세부적인 내용을 적습니다.(예시: 옷 갈아입기 도움 → 옷 준비와 상의 단추 채우기 도움)
 - 횟수/시간: 세부 제공내용의 일간(주간, 월간, 수시 등) 제공 횟수와 급여를 제공하는 데 소요되는 시간을 적습니다.
 - 작성자: 급여제공계획 작성자의 직종과 성명을 적습니다.
 - 종합의견 : 급여제공계획에 따른 서비스 제공에 필요한 사항으로 직접 서비스제공자와 가족 등이 공유할 내용 및 유의 사항 등 개인별장기요양이용계획서의 필요내용과 다르게 급여를 제공하는 경우 그 사유를 적습니다.
 - 총괄 확인자 : 급여제공계획서에 대한 총괄 관리자(목표달성 확인, 모니터링 등 역할 수행자)의 직종과 성명을 적습니다.

유의사항

1. 급여종류별 또는 기관별로 장기요양급여제공계획서 작성합니다.
2. 복지용구에 대한 급여제공계획서는 작성하지 않습니다.

장기요양급여 제공 계획서(시설급여, 주·야간보호, 단기보호)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일
------	-----

①수급자	성명	생년월일
	전화번호(휴대전화번호)	
	장기요양등급	장기요양인정번호
	장기요양 인정유효기간	개인별장기요양이용 계획서 번호

②동의자	성명	수급자와의 관계
	전화번호(휴대전화번호)	동의일

③장기 요양기관	장기요양기관명	장기요양기관기호
-------------	---------	----------

④ 급여제공 계획 작성	장기요양급여 종류	장기요양급여 계약일	장기요양급여 계약기간	장기요양급여 제공 계획서 적용기간	작성일	통보일

⑤ 급여 제공 계획 내용	목표						
	장기요양 필요영역	장기요양 세부목표	장기요양 필요내용	세부 제공내용	횟수	시간	작성자

종합의견	총괄 확인자
------	--------

「노인장기요양보험법」 제27조 및 같은 법 시행령 제13조, 같은 법 시행규칙 제21조의2에 따라 수급자의 장기요양급여 제공 계획서 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

동의자

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법

※ 급여제공계획은 개인별장기요양이용계획서의 급여종류 범위 내에서 수급자의 기능상태 및 욕구 등을 고려하여 급여개시 전에 작성하고, 수급자 또는 그 가족에게 충분한 설명을 한 이후 수급자 또는 그 가족의 동의를 받아 공단으로 통보해야 합니다.

① 수급자: 수급자 성명, 생년월일, 전화번호, 장기요양등급, 장기요양인정번호, 장기요양 인정유효기간, 개인별장기요양이용계획서 번호를 적습니다.

② 동의자

- 해당 급여제공계획에 동의하는 사람의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호(휴대전화번호)를 적습니다. 다만, 수급자와 동의자가 같은 사람일 경우 작성을 생략할 수 있습니다.
- 동의일: 해당 급여제공계획 내용에 대해 동의한 날짜를 적습니다.

③ 장기요양기관: 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.

④ 급여제공계획 작성

- 급여종류: 수급자와 계약이 체결되어 작성하고자 하는 급여제공계획서의 급여를 종류별로 작성합니다.
- 급여계약일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 급여계약을 체결한 날짜를 적습니다.
- 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간(계약 시작일과 종료일)을 적습니다.
- 적용기간: 급여종류별 급여제공계획서에 따라 실제 급여를 제공하는 기간(시작일과 종료일)을 적습니다.
- 작성일: 급여제공계획서의 실제 작성날짜를 적습니다.
- 통보일: 급여제공계획서의 실제 공단 통보날짜를 적습니다.

⑤ 급여제공계획 내용

- 목표: 장기요양급여 제공으로 얻고자 하는 종합적인 효과를 적습니다.
- 장기요양 필요영역: 개인별장기요양이용계획서의 영역과 급여제공에 필요한 영역을 적습니다.
- 장기요양 세부목표: 세부 제공내용으로 얻고자 하는 수급자의 기능상태 향상 또는 욕구해결 등의 효과를 적습니다.
- 장기요양 필요내용: 개인별장기요양이용계획서의 장기요양 필요내용 또는 제공할 급여내용을 적습니다.
- 세부 제공내용: 급여내용의 세부적인 내용을 적습니다.(예시: 옷 갈아입기 도움 → 옷 준비와 상의 단추 채우기 도움)
- 횟수/시간: 세부 제공내용의 일간(주간, 월간, 수시 등) 제공 횟수와 급여를 제공하는 데 소요되는 시간을 적습니다.
- 작성자: 급여제공계획 작성자의 직종과 성명을 적습니다.
- 종합의견 : 급여제공계획에 따른 서비스 제공에 필요한 사항으로 직접 서비스제공자와 가족 등이 공유할 내용 및 유의 사항 등 개인별장기요양이용계획서의 필요내용과 다르게 급여를 제공하는 경우 그 사유를 적습니다.
- 총괄 확인자 : 장기요양급여 제공계획서에 대한 총괄 관리자(목표달성 확인, 모니터링 등 역할 수행자)의 직종과 성명을 적습니다.

유의사항

※ 급여종류별 또는 기관별로 장기요양급여제공계획서 작성합니다.

진료기록부

입소자 포괄적 평가

Unit No. : _____	Date : 20____/____/____
Name : _____	Sex/Age : _____/_____
주소 : _____	생년월일 : _____

A. 진단명(기존 질병)

- 주된 증상() 가족력 ()
- 고혈압 () 당뇨 () 골관절염 () 골다공증 ()
- 뇌졸중 () 관상동맥질환 () 심부전 ()
- 부정맥 () COPD () 암 () 치매 ()
- 파킨슨병 () 백내장 () 갑상선↑↓ () 기타 ()

B. Life Style

- 1) 운동 2) 수면 3) 교육정도 4) 음주 5) 흡연 6) 식이

C. Medical & Fucntional

Ht/Wt : BP : PR :

Vision : Hearing : ADL : IADL :

Incontinence : Constipation : Nutrition :

GDS : K-MMSE :

Mobility(the timed“up and go” test) :

환자보행상태(보행가능, 보조기사용 보행가능, 보행불가능, 와상상태)

D. Medication(복용하고 있는 약물 등)

고혈압제 () 이뇨제 () 당뇨약 ()

항우울제 () 안정제 () 진통제 ()

항히스타민제 () 혈관확장제 ()

혈관수축제 () 마약류 () 한약 ()

기타 ()

※약품명 기재

E. Problem List : 현재 하고 있는 치료나 처치의 문제점

(Active)

(Inactive)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 4. _____ |

F. Progress note(Medical Care Plan) : 앞으로 해야 될 처치나 투약 내용 등

참고사항

■ Initial Lab. & X-ray(If necessary)

<Essential>

CBC _____ ESR _____

UA _____

Stool _____ T.P./Alb _____

FBS _____

BUN/Cr _____ Uric Acid _____

T.Bilirubin _____

AST/ALT _____ ALP _____

T.Chol _____

TSH/T4 _____

EKG _____

Chest _____

PA _____

L-S Spine, Knee _____

[년/ 월/ 일]

응급상황 기록부					결 재	담 당	팀장	사무국장	원장
발생일시	20 년 월 일 (요일) 시 분				담당자				
대상자 성 명		생년월일		성 별		연락처			
보호자			응급이송병원						
사 유									
조치사항									
보호자 상 담									
사후관리									
담당자 의견									

외출 신청서

대상자명		대상자번호	
신청일자		담당자	
신청인성명		관 계	
연락처		보호자서명	
신청인원		실제귀가시간	
신청기간	<div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> <div>시</div> <div>~</div> <div>시</div> </div>		
행선지			
신청사유			
보장구 대여내역			
비고			

* 기관 상황에 맞는 주의 안내문구 기재

외박 신청서

대상자명		대상자번호	
신청일자		담당자	
신청인성명		관계	
연락처		보호자서명	
신청인원		실제귀가시간	
신청기간	<div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> <div>시</div> <div>~</div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> <div>시</div> </div>		
행선지			
신청사유			
보장구 대여내역			
비고			

* 기관 상황에 맞는 주의 안내문구 기재

외출/외박 대장

기간 : ~

구분 :

순번	대상자	담당자	신청일자	신청구분	신청인	관계	신청기간	실제귀가시각	행선지	신청사유
1	000	000	0000	외출/외박			00000000 ~ 00000000	00000		
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

000요양원 보호자 회의록

일 시	년 월 일(0요일) : ~ :	장 소	
참 석 자	보호자 명 참석 붙임: 참석자 서명부		
회의내용	<p><주제 : ></p> <p>1.</p> <p>2.</p>		
의견 및 건의사항			
회의결과			

상담 일지

서비스		상담일자		상담시간	: ~ : 분간
상담유형		상담방법		상담자	
상담제목				비공개여부	
수급자명		상담대상자		연락처	
대상자비고 (수급자와의 관계)					
상담개요					
상담내용					
상담결과					
상담자의견					
비고(조치사항)					

<div>상 담 일 지</div> <div>년 월 일</div>		담당	000	000
수 급 자		상담직원		
상담대상자		관 계		
상담시간		상담방법		
상담내용				
조치사항				

건강관리 기록부

Unit No :	Date : 20 / /
Name :	Sex / Age :

일 자											
입소일수											
혈압											
맥박											
호흡											
체온											
체중											
당뇨(혈당)											
약물투여(횟수)											
주사제 투여											
간호 계 공 내 용											
간호사 서명											

입소자 간호 기록지

Unit No :			Date : 20 / /		
Name :			Sex / Age :		
주소				전화번호	
활력증상	BP : mmHg		P : /min		
	R : /min		BT : ℃		
체중	kg	신장	cm	결혼상태	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 기타
입소일자		직업/학력		종교	<input type="checkbox"/> 천주교 <input type="checkbox"/> 기독교 <input type="checkbox"/> 불교 <input type="checkbox"/> 기타
의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여 <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 기타				
주진단명					
현 병력					
과거력	<input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간염 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 기타				
최근 투약 상태					
알레르기 유무					
환자정보	의식상태	<input type="checkbox"/> 명료 <input type="checkbox"/> 혼돈 <input type="checkbox"/> 반의식 <input type="checkbox"/> 무의식			
	정서상태	<input type="checkbox"/> 안정 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 분노 <input type="checkbox"/> 슬픔 <input type="checkbox"/> 우울			
	식이	<input type="checkbox"/> 정상식 <input type="checkbox"/> 치료식() Kcal			
	활동범위	<input type="checkbox"/> 보행가능 <input type="checkbox"/> 도움으로가능 <input type="checkbox"/> 완전의존			
	보조기 사용여부				
	상처 (유 / 무)				
	Tube (유 / 무)				
간호계획					

간호사 서명 :

간호기록지 (년 월 일 ~ 년 월 일)

입소자명	홍길동	성별	남	요양실	해바라기2실	주요질환	치매, 당뇨
------	-----	----	---	-----	--------	------	--------

간호일	2000.00.00.
혈압							
맥박							
혈당							
체온							
호흡							
담당자							
투약자							

간호 기록 / 육창 관리	년 월 일: * 본 기록란에는 기본 간호처치내용과 육창, 구속, 관찰 등의 경과를 기록합니다.
	년 월 일:
	년 월 일:
	년 월 일:
	년 월 일:
	년 월 일:
	년 월 일:

[illegible]

년 분기 간호 급여제공 기록지

성명 : (M/F)		등급 :		나이		세		주요질환 :																								
급여제공 목표	장기목표																															
	단기목표																															
분류	급여내용	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
건강사정	혈압																															
	맥박																															
	체온																															
	혈당																															
	신장·체중																															
투약간호	경구투약간호																															
	외용약 간호																															
의사 진료보조	왕진 진료																															
	원외 진료																															
	이동 진료																															
피부간호	욕창간호																															
	체위변경관리																															
	외상처치																															
	피부사정 (요/변실금,인공장루 등)																															
영양간호	중심정맥영양																															
	비위관 영양관리																															
배설간호	장루간호																															
	관장																															
	유치 도뇨관 관리/교환																															
	배설상태 관찰																															
호흡기 간호	흡인 실시																															
	산소공급																															
	체위배액																															
통증간호	파스,온냉요법																															
안전/ 응급간호	낙상방지/억제대간호																															
간호상담	대상자/보호자 상담																															
기타	건강검진/임종요양/ 구충제복용 등																															
간호사 서명																																

<div> <div>병원입원기록지</div> </div>				담당자	000	시설장
성명		성별		생년월일		
등급		연령		주요질환		
입원내용	발병일					
	주증상					
	병명					
	입원부서		간병상태			
	입원기간	~				
	물품지급내역					
	병원명		연락처			
퇴원일	퇴원일					
	입원일수					
	특이사항					
비고						

장기요양급여 제공기록지(시설급여/단기보호)

(앞쪽)

수급자명	생년월일	장기요양등급	장기요양인정번호	침실 호(실)
장기요양기관명		장기요양기관기호		
수급자 상태	<input type="checkbox"/> 와상 <input type="checkbox"/> 준와상 <input type="checkbox"/> 자립 <input type="checkbox"/> 치매 <input type="checkbox"/> 중풍 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 기관지절개관 <input type="checkbox"/> 튜니(부분/전체) <input type="checkbox"/> 비위관(鼻胃管, L-tube) <input type="checkbox"/> 고정소변배출관(유치도뇨관) <input type="checkbox"/> 방광루 <input type="checkbox"/> 요루(요도샐길) <input type="checkbox"/> 장루(창자샐길) <input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 욕창(부위 :) <input type="checkbox"/> 욕창방지 보조도구()	
	()년 월/일	/	/	/
	세면, 구강청결, 머리 감기, 몸단장, 옷 갈 아입기 도움 등	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	목욕	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
신체 활동 지원	식사	종류 <input type="checkbox"/> 1번식 <input type="checkbox"/> 2죽 <input type="checkbox"/> 3유동식(투브영양공급식)	<input type="checkbox"/> 1번식 <input type="checkbox"/> 2죽 <input type="checkbox"/> 3유동식(투브영양공급식)	<input type="checkbox"/> 1번식 <input type="checkbox"/> 2죽 <input type="checkbox"/> 3유동식(투브영양공급식)
	섭취량	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 1/2이상 <input type="checkbox"/> 3 1/2미만	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 1/2이상 <input type="checkbox"/> 3 1/2미만	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 1/2이상 <input type="checkbox"/> 3 1/2미만
	체위변경 (2시간마다)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	화장실이용하기(기 저귀 교환)	회	회	회
	이동도움 및 신체 기능유지·증진	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	산책(외출) 동행	<input type="checkbox"/> 산책 / <input type="checkbox"/> 외출	<input type="checkbox"/> 산책 / <input type="checkbox"/> 외출	<input type="checkbox"/> 산책 / <input type="checkbox"/> 외출
	특이사항			
	작성자 성명	(서명)	(서명)	(서명)
인지 관리 및 의 사소 통	인지관리 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	의사소통도움 등 말벗, 격려	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	특이사항			
	작성자 성명	(서명)	(서명)	(서명)
건강 및 간 호관 리	혈압/체온	/	/	/
	건강관리 (분)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	간호관리 (분)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	기타(응급서비스)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	특이사항			
	작성자 성명	(서명)	(서명)	(서명)
기능 회복 훈련	신체·인지기능향상 프로그램			
	신체기능, 기본동작, 일상생활동작훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	인지기능향상훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	물리(작업)치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	특이사항			
	작성자 성명	(서명)	(서명)	(서명)
수급자의 입·퇴소시간, 외박 및 복귀시간, 외출시간				

(뒤쪽)

구분	세부내용	구분	세부내용
신체활동지원		건강 및 간호관리	
세면도움	얼굴, 목, 손 씻기, 세면장까지의 이동보조, 세면동작지도, 세면 지켜보기	관찰 및 측정	혈압, 체온, 맥박, 호흡 측정, 신장, 체중, 가슴둘레(흉위) 등 측정
구강청결 도움	구강청결(양치질 등), 양치 지켜보기, 가글액·물 양치, 틀니손질, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	건강관리	관절오그라들 예방, 투약관리(먹는약 투여 및 도움·확인, 약 바르기 및 좌약 삽입, 자기주사 교육 및 관찰, 기초건강관리(관찰 및 기초건강사정, 감염간호, 치매돌봄 정보제공, 교육 및 상담, 의료기관 의뢰 등), 인지훈련(인지기능장애 완화를 위한 훈련 제공) 등
머리감기 도움	세면장까지의 이동보조 포함, 머리감기, 머리말리기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리		
몸단장	머리단장, 손발톱 깎기, 면도, 면도지켜 보기, 화장하기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리		
옷갈아 입기 도움	의복준비(양말, 신발 포함), 지켜보기 및 지도, 속옷·겉옷 갈아입히기, 의복정리		
몸씻기도움	입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워 포함), 지켜보기, 욕실정리	간호관리	욕창관리(욕창예방, 욕창간호 등), 영양관리[튜브영양공급, 비위관(鼻胃管, L-tube) 교환 등], 통증관리, 배설관리[소변배출관(도뇨관) 관리, 방광간호, 회음부 간호, 요루(요도셋길) 간호, 장루(창자셋길)간호, 배설간호 등], 당뇨발관리(당뇨발 간호, 상처관리 등), 호흡기간호(흡인 간호, 기관절개관 관리, 산소요법 관리 등), 투석간호, 구강간호(구강감염 예방 등)
식사도움	아침, 점심, 저녁 및 간식포함 식사 도움, 지켜보기, 튜브영양공급실시, 식사준비 및 정리		
이동도움	침대에서 휠체어로 옮겨 타기 등, 시설 내 보행 지켜보기, 보행도움, 산책시 부축 및 동행(차량 이용 포함), 병원 동행 등		
신체기능의 유지·증진	관절오그라들 예방, 일어나 앉기 연습 도움, 보행, 서있기 연습 보조, 기구사용 운동보조, 보장구 이용 도움(지켜보기 포함)		
화장실 이용하기	화장실이동보조, 이동변기 사용도움, 배뇨·배변도움, 지켜보기, 기저귀교환, 용변 후 처리, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	응급서비스	의식소실, 호흡곤란, 출혈, 외상, 화상 등 응급상황에 대한 대처
기능회복훈련		시설환경관리	
신체·인지 기능 향상 프로그램	맨손체조, 태월체조, 탄성밴드 운동, 발바닥지, 회상훈련, 음악활동, 원예활동, 종이접기, 은행·관광 등 방문, 야외 놀이, 영화감상 등	침구·린넨 정리	침구 준비와 정리, 침구·린넨 교환
신체기능의 훈련	관절운동범위 평가, 근력증강운동, 심킴 운동, 팔기능·손가락정교성운동, 조화운동, 지구력 훈련	환경관리	침대주변 정리정돈, 병실 내 환기, 온도조절, 채광, 방음조절, 전등과 TV 켜고 끄기, 병실 내 청소, 병실·세면대 소독, 병실 쓰레기 버리기
기본동작 훈련	기본동작 평가, 뒤집기, 일어나기, 앉았기, 일어 서기, 서있기, 균형, 이동, 휠체어 조작 및 이동, 보행, 보장구 장착 등 지켜보기, 도움 제공	물품관리	의복, 일용품 정리정돈, 의복수선, 환자보조기구의 관리, 입소자의 용돈관리
일상생활 동작훈련	식사동작, 배설동작, 옷 갈아 입기동작, 목욕동작, 몸단장동작, 이동 동작, 요리동작, 가사동작 등 훈련	세탁물관리	세탁물 정리정돈, 세탁물 빨기, 널기, 개키기, 배포, 사용물품의 소독
인지 및 정신기능 향상 훈련	기억전략 훈련, 시간차 화상훈련, 실생활에서의 지각 기능훈련, 판단 및 집행기능훈련 등 인지기능향상을 위한 인지지원 프로그램	인지관리 및 의사소통 도움	
물리치료	온열치료, 전기치료, 수치료, 견인요법 등	인지 관리지원	행동변화 감소 도움 및 대처, 수급자와 수발자 안전관리 도움, 정서적 안정과 생활의욕 향상 도움, 인지기능향상을 위한 인지활동 지원 등
작업치료	운동놀이, 미술활동, 놀이지도, 도구적 일상생활 수행동작 훈련, 타이핑 등	의사소통 도움 등 말벗, 격려	책읽기, 편지 대필, 의사전달 대행, 일상회화, 물품(편지, 신문 등 배포), 응급벨 대처, 의사소통 도움, 말벗 및 격려·위로, 정서적 지원, 사회적 지지체계 연계와 관계망 연결, 비상연락망 준비 등 안부확인을 위한 방문 및 생활상의 문제 상담, 대화·편지·전화 등의 방법으로 수급자의 욕구파악 및 의사전달 대행

유의사항

1. 수급자의 현재 상태를 확인하고 해당 사항에 √ 표를 합니다.
2. 목욕은 제공 전·후 상태를 확인하고 그 결과를 기록합니다. 예) 이상무, 얼굴창백함, 오한있음 등
3. 식사는 식사종류 및 섭취량 해당 사항에 √ 표를 합니다.
4. 체위변경은 2시간마다 제공한 경우 √ 표를 합니다.
5. 화장실 이용하기는 소변·대변 총 횟수를 기록합니다(기저귀를 사용하는 경우 기저귀 교환 횟수를 기록합니다).
6. 산책, 외출동행을 제공한 경우 해당사항에 √ 표를 합니다.
7. 신체·인지기능 향상 프로그램은 제공한 프로그램명을 기록합니다.
8. 특이사항은 수급자의 상태변화 등이 있을 경우 조치사항 등을 기록합니다(여백 부족시 별지 사용 가능합니다).
- 예) 설사를 해서 엉덩이 짓물러 파우더 바름, 미열이 있어 미온수로 닦아냄, 산책을 하고 나서 기분이 좋아짐 등
9. 각 항목별 서비스를 제공한 종사자가 작성자 란에 서명을 합니다.

급여제공결과평가

수급자	성명	성별	생년월일	(세)
	장기요양인정번호		장기요양등급	
급여제공계획서 번호			서비스기간	
평가일자(차수)		(차)	평가종류	<input type="checkbox"/> 정기 <input type="checkbox"/> 수시
작성자	성명	직종		

1. 급여제공계획 결과평가

급여종류	급여제공계획		급여제공확인			목표달성평가	
	필요영역	필요내용	필요내용 제공여부	제공 확인내용	미제공 사유	세부목표	세부목표 달성률(%)
			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공				
			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공				
급여제공계획 결과평가 총평							

2. 심신상태 및 환경변화 평가 ※ 직전방문상태와 비교하여 작성

심신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거
가. 식사 및 영양상태		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	가) 보행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	나) 신체기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	다) 배뇨·배변기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
다. 일상생활 기능	가) 위생관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
라. 인지기능		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
마. 행동증상		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
바. 가족 및 생활환경		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
사. 기타 및 종합의견					

3. 종합의견 및 향후계획

수급자 욕구 확인	<input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 수급자 기능상태 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음	
향후계획	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지(사유: _____) <div> <input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 및 급여제공계획서 재작성 <input type="checkbox"/> 사례회의 실시 <input type="checkbox"/> 수급자(보호자) 급여제공계획 내용 재안내 <input type="checkbox"/> 지역사회자원 연계 <input type="checkbox"/> 개인별장기요양이용계획서 재작성 요청 <input type="checkbox"/> 급여제공 종료 <input type="checkbox"/> 수급자(보호자) 급여제공계획 내용 재안내 <input type="checkbox"/> 기타(_____) </div>	

유치도노관 관리

이름:

성별/나이: /

등급:

월	1일	2일	3일	4일	5일	6일	7일	8일
유치도노관 삽입, 교체								
소변주머니 위치 (침대/난간/옆/아래)								
소독(삽입부위)함								
서명								
월	1일	2일	3일	4일	5일	6일	7일	8일
유치도노관 삽입, 교체								
소변주머니 위치 (침대/난간/옆/아래)								
소독(삽입부위)함								
서명								
월	1일	2일	3일	4일	5일	6일	7일	8일
유치도노관 삽입, 교체								
소변주머니 위치 (침대/난간/옆/아래)								
소독(삽입부위)함								
서명								
월	1일	2일	3일	4일	5일	6일	7일	8일
유치도노관 삽입, 교체								
소변주머니 위치 (침대/난간/옆/아래)								
소독(삽입부위)함								
서명								

【예시】 평가지표 배설관리

집중배설관찰기록표								
일자 : 년 월 일 수급자명 :								
일반 () / 기저귀 착용() / 장루(요루)() / 도뇨관삽입() / 기타()								
시간	배설량					섭취량	기저귀 또는 옷교환	작성자
	기저귀 착용		장루(요루)/ 도뇨관	스스로 이동				
	대변	소변		대변	소변			
07:00	●	ml	ml	V		예) 물한컵 사과1/2 밥1	V	
08:00	○	ml	ml					
09:00	●	ml	ml	V			V	
...	●	ml	ml	V	V		V	
	○	ml	ml					
	○	ml	ml					
	○	ml	ml					
	●	ml	ml	V			V	
	○	ml	ml					
	○	ml	ml		V		V	
	●	ml	ml	V			V	
	○	ml	ml					
	○	ml	ml					
05:00	●	ml	ml	V			V	
06:00	○	ml	ml					
07:00	●	ml	ml	V			V	
● : 적음, ● : 많음, ○ : 없음								

체위변경 기록지

수급자명		성별	
장기요양등급		생년월일	
제 공 일 자			
/		/	
체 위	제 공 시간	제 공 자	체 위
	00:00		00:00
	02:10		02:10
	04:20		04:20

	22:00		22:00
특이사항			
체 위 : 1. 측위(우), 2. 측위(좌), 3. 양좌위, 4. 복위, 5. 반좌위			

욕창 상태 평가 도구

(PUSH Tool 3.0 : Pressure Ulcer Scale for Healing)

성명 :		(호)		날짜 :			성별(남/여)		
구분		점수 및 평가 기준						부분 점수	
길이 × 너비	0점 0cm ²	1점 ＜0.3 cm ²	2점 0.3～0.6cm ²	3점 0.7～1.0cm ²	4점 1.1～2.0cm ²	5점 2.1～3.0cm ²			
		6점 3.1～4.0cm ²	7점 4.1～8.0cm ²	8점 8.1～12.0cm ²	9점 12.1～24.0cm ²	10점 ＞24.0cm ²			
삼출물 양	0점 없음		1점 적음		2점 중간		3점 많음		
조직의 유형	0점 폐쇄		1점 상피조직		2점 육아조직		3점 부육조직		
					4점 괴사조직				

총 점 : _____

작성자 :

(서명)

※ Directions : 욕창을 관찰하고 측정한다. 상처표면, 삼출물, 조직의 유형에 따라 분류한다. 각각의 욕창 특성에 부분점수를 기록하고, 이 부분 점수를 더하여 총점을 계산한다.

◎ 길이×너비 머리에서 발 방향으로 가장 긴 거리를 cm으로 측정해서 길이로, 양 측면에서 가장 긴 거리를 cm으로 측정하고 표시한다. 길이와 너비를 곱하여 표면적(cm^2)을 측정한다. 추측하지 말고 항상 cm자를 이용하여 매번 같은 방법으로 측정 한다.

◎삼출물 양 : 드레싱을 제거한 후나 국소도포제를 적용하기 전에 삼출물 양을 측정한다.

◎조직의 유형 : 상처 기저부의 조직 유형을 말한다.

4점 - 피사조직(가피) : 검고 갈색의 거무스름한 조직으로 상처 기저부나 가장자리에 단단히 붙어 있고 주변 피부보다 부드럽거나 단단할 수 있다.

3점 - 부육조직 : 누렇거나 흰 조직으로 상처 기저부에 두꺼운 덩어리나 점액같이 눌러 붙어 있다.

2점 - 육아조직 : 분홍이나 선홍의 조직으로 윤기가 있고 촉촉한 과립 모양이다.

1점 - 상피조직 : 상처가장자리를 따라서 또는 상처 표면에서 섬처럼 자라나는 옅은 분홍색의 밝고 빛나는 조직이다.

0점 - 표면이 폐쇄/덮인 상태 : 새 피부나 상피 세포로 완전히 덮인 상태임.

입·퇴원/진료/검진관리 상황부

기간 : 0000.00.00 ~ 0000.00.00

순번	대상자명	구분	일자	의료기관명	조치 및 판정내용	담당자명
1	000	외래진료	0000-00-00	세0000		000
2	00	외래진료	0000-00-00	마0000		000
3	000	외래진료	0000-00-00	세00		000
4	000	외래진료	0000-00-00	대000		000
5	000	입/퇴원	0000-00-00 ~ 0000-00-00	세0000		000
6	000	외래진료	0000-00-00	청0000		000
7	000	외래진료	0000-00-00	S000		000
8	000	입/퇴원	0000-00-00~ 0000-00-00	동000		000

[별지 제26호서식]

프로그램 운영 기록지												
프로그램명								장소				
일시			년 월 일 시 분 ~ 시 분									
진행자								참여자/현원 (참여율)		/ 명(%)		
준비물												
프로그램 진행과정												
전반적 평가												
수급자별 프로그램 평가												
연번	성 명	참여도			만족도			수행도			반응 및 특이사항	
		상	중	하	상	중	하	상	중	하		
작성자 성명(인)								시설장(관리책임자) 성명(인)				

작 성 요 령

1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
 주) 고시 제30조, 제36조, 제43조의 각 급여종류별 급여제공 기준에서 상시적으로 제공하도록 한 건강관리 등을 제외한 정기적 프로그램을 운영한 경우에 작성하며, 가족지지 및 참여프로그램으로 상담을 실시한 경우 수급자별 프로그램 평가는 작성하지 않습니다.
2. 프로그램 제공 후 지체 없이 작성하여야 하며, 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 프로그램 진행과정 및 수급자별 반응 및 특이사항은 상세히 기재하도록 합니다.
 - 1) 본 서식은 해당 기관에 소속된 시설장, 사회복지사, 프로그램 관리자, 치매전문요양보호사가 작성하도록 합니다.
 (단, 치매전담형 장기요양기관의 경우 실제 급여를 제공한 종사자가 작성)
 - 2) 진행자 : 프로그램관리자(시설장 포함), 치매전문요양보호사 또는 외부강사 등 실제 프로그램 진행자를 기재
 - 3) 프로그램 진행과정 : 프로그램 제공계획에 따라 필요내용과 구체적 제공방법 등 운영방법을 기재
 - 4) 전반적 평가 : 프로그램 제공 후 프로그램에 대한 전반적인 반응과 프로그램 효과 등을 기재
 - 5) 반응 및 특이사항 : 수급자별 참여정도, 만족정도, 수행정도, 상태변화, 흥미 등 종합적인 평가를 기재

투약관리 일지

담당자 : ☞☞☞

<수급자 정보>			
수급자명	○○○	생년월일	0000. 00. 00.
나이/성별	00세 / 여	장기요양등급	00등급

<투약 관리 목록>														
질병 명	의약품명	효능	투약 빈도	투약량	복용 기간	투약 방법	아침		점심		저녁		취 침 전	필 요 시
							식 전	식 후	식 전	식 후	식 전	식 후		
변비	듀파락 시럽	변비약	1일	1회	1일	경구								
치매	하이페질정 5	치매 치료제	1일	3회	30일	경구								
해열 제	타이레놀정	소염, 진통제	1일	1정	1일	경구								

<투약 기록>											
일자	의약품명	투약방법	확인사항	아침	점심	저녁	취침전	필요시	투약량	잔량	비고
00/00	하이페질정 5	경구	투약시간	08:30	11:45	17:25	:	:	3개	87개	
			특이사항	-	-	-					
			제공자명	☆☆☆	☆☆☆	◇◇◇◇					
			투약시간	:	:	:	:	:			
			특이사항								
			제공자명								
			투약시간	:	:	:	:	:			
			특이사항								
			제공자명								
			투약시간	:	:	:	:	:			
			특이사항								
			제공자명								
			투약시간	:	:	:	:	:			
			특이사항								
			제공자명								
			투약시간	:	:	:	:	:			
			특이사항								
			제공자명								

- ※ 투약시간 : 수급자에게 실제로 약을 제공한 시간을 작성
- ※ 특이사항 : 필요시 처방(prn처방)인 약을 제공한 경우 등 특이사항 있을 경우 작성
- ※ 제공자명 : 수급자에게 실제로 약을 제공한 직원의 성명을 작성

사례관리 회의

회의제목		회의일자		회의시간		
수급자명		성별		생년월일		등급
장소						
대상자 선정이유 (욕구 및 문제점 등)						
회의내용						
회의결과 (급여반영 사항 등)						
참석자 명단						
성 명	소속(직종)	서 명	비 고			

이 동 서 비 스 일 지 20 년 월 일 (요일)			확인	운전자	확인자
차량종류			차량번호		

연 번	수급자 성명	장기요양 인정번호	시 작		종 료		이용 구분	비고
			실거주지	도착시간	실거주지	도착시간		
1				:		:		
2				:		:		
3				:		:		
4				:		:		
5				:		:		
6				:		:		
7				:		:		
8				:		:		
9				:		:		
10				:		:		
11				:		:		
12				:		:		
13				:		:		
14				:		:		
15				:		:		
16				:		:		
17				:		:		
18				:		:		
19				:		:		
20				:		:		
특이사항								

장기요양기관명

작성요령 및 유의사항

- ① 차량종류(차량번호) : 이동서비스에 사용된 차량종류 및 차량번호를 적습니다.
- ② 수급자 성명 및 장기요양인정번호 : 이동서비스를 이용하는 수급자의 기본 정보를 적습니다.
- ③ 시작(실거주지,도착시간) : 주.야간보호급여 이용을 위해 수급자 실거주지에 도착한 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 도착했다면 실거주지 란에 “Y”, 아니라면 “N”를 적습니다. 도착시간에는 실거주지 도착 시간을 적습니다.
- ④ 종료(실거주지,도착시간) : 주.야간보호급여 이용을 종료하고 수급자 실거주지에 모셔다드린 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 모셔다 드렸다면 실거주지 란에 “Y”, 아니라면 “N”를 적습니다. 도착시간에는 실거주지에 모셔다드린 시간을 적습니다.
- ⑤ 이용구분 : 등록된 실거주지까지 1일 편도만 이동서비스가 제공되었을 경우 “1”, 1일 왕복으로 이동서비스가 제공되었을 경우 “2”로 적습니다.
- ⑥ 확인 : 차량을 운행한 운전자 이름을 “운전자”란에 적습니다. 장기요양기관 시설장(관리책임자) 등이 일지를 확인하고 “확인자”란에 서명합니다.
- ※ 장기요양기관 사정에 따라 상기 서식의 변경 사용은 가능하나, 서식에서 제시하고 있는 서비스제공일자, 차량(기종,번호), 수급자(성명,장기요양인정번호), 실거주지 및 도착시간, 이용구분, 확인(운전자,확인자)는 포함되어야 합니다.

[별지 제23호서식]

주·야간보호 목욕서비스 제공 일지

수급자 성명		장기요양 등급		장기요양 인정번호		시설장 (관리책임자) 성명(인)	
-----------	--	------------	--	--------------	--	-------------------------	--

1주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분
	제공방법	<input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상						
	제공자	성명		직종		성명		직종
	특이사항							

2주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분
	제공방법	<input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상						
	제공자	성명		직종		성명		직종
	특이사항							

3주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분
	제공방법	<input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상						
	제공자	성명		직종		성명		직종
	특이사항							

4주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분
	제공방법	<input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상						
	제공자	성명		직종		성명		직종
	특이사항							

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.

프로그램 관리자 및 사회복지사 업무수행 일지

수급자 성명		장기요양 등급		장기요양 인정번호		수급자(보호자) 성명(인)	
						시설장 (관리책임자) 성명(인)	

욕구사정	① 신체상태		
	② 질병		
	③ 인지상태		
	④ 의사소통		
	⑤ 영양상태		
	⑥ 가족 및 환경		
	종 합		
급여제공 계획	급여목표		
	필요 급여내용		
	제공방법		
인지활동 프로그램 제공 계획	인지자극	필요내용	
		제공방법	
	신체능력 잔존 · 유지	필요내용	
		제공방법	
보호자 상담			

(뒤쪽)

급여 및 인지활동 프로그램 제공 확인	확인내용	
	조치사항	
	급여제공자 성명(인)*	
방문(상담)일시		. . . (: ~ :)
방문장소*		
급여제공 중 방문여부*		
방문불가 사유*		
방문자 성명(인)		

작 성 요 령

- 본 서식은 참고용 서식이나, 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램 관리자, 방문요양기관을 포함한 가정방문 급여기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동 프로그램제공 계획은 프로그램 관리자만 작성합니다.
- 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 수급자 상태별 필요 내용을 더욱 상세하게 기재하도록 합니다.
 - 급여제공 계획 작성 예시
 - 급여목표 : 배뇨조절 등
 - 필요 급여내용 : 기저귀 사용을 줄이고 규칙적인 화장실 이용하기 등
 - 제공방법 : 배뇨 욕구 발생 시 화장실 이동 도움, 변기 사용 도움, 시간에 맞춰 배뇨훈련 등
 - 인지활동 프로그램제공 계획 작성 예시
 - 인지자극 : (필요내용) 사람지남력 악화 방지 등 (제공방법) 기억력 향상 워크북, 사진 보며 회상하기 등
 - 신체능력 잔존·유지 : (필요내용) 일상생활활동능력 유지 등 (제공방법) 음식조리 함께 하기, 빨래하기 등
 - 보호자 상담 작성 예시
 - 치매환자의 특성 설명, 치매환자 지원을 위한 인프라 안내, 치매가족 고충 상담 등에 대하여 상세한 상담 내용 기재
 - 급여 및 인지활동프로그램 제공 확인 작성 예시
 - 확인내용 : 배뇨 욕구 발생 시 화장실 이동 요청, 회상프로그램에 적극적으로 참여, 퍼즐 맞추기는 집중하지 못하고 수동적 자세 보여 난이도 조절 필요 등
 - 조치사항 : 교육, 상담, 간담회 등
- 주·야간보호기관은 *가 표시된 항목을 작성하지 않습니다.

치매전담형 프로그램 관리자 업무수행 일지

()년 ()월

수급자 성명		장기요양등급		인정번호	L
프로그램 관리자 성명		(인)	시설장(관리책임자) 성명		(인)

욕구사정	① 신체상태		
	② 질병		
	③ 인지상태		
	④ 의사소통		
	⑤ 영양상태		
	⑥ 가족 및 환경		
	종 합		
프로그램 제공 계획	급여목표		
	기본 프로그램	필요내용	
		제공방법	
	집단 프로그램	필요내용	
		제공방법	

(뒤쪽)

프로그램 제공 일정								
프로그램명		월	화	수	목	금	토	일
1주	기본							
	집단							
2주	기본							
	집단							
3주	기본							
	집단							
4주	기본							
	집단							
5주	기본							
	집단							

프로그램 제공확인	수급자 반응 및 특이사항	
	요양보호사 모니터링	
보호자 상담	일시·방법	
	내용	

작 성 요 령

1. 본 서식은 참고용 서식이나, 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
2. 욕구사정은 매월 급여제공 전에 작성합니다
3. 프로그램 제공 계획은 매월 급여제공 전에 작성하여야 하며, 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 수급자 상태별 필요내용 등을 상세히 기재하도록 합니다.
 - 1) 기본 프로그램은 현실인식훈련(개인정보, 지남력훈련 등), 운동요법 등을 매일 제공
 - 작성예시
 - (필요내용) 반복적인 훈련으로 지남력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등
 - (작성방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지남력 훈련 등
 - 2) 집단 프로그램은 음악활동, 인지자극훈련 등을 매일 제공하되, 매주 5회 이상은 전문가(프로그램관리자, 외부강사, 관련자격 소지자)에 의해 제공
 - 작성예시
 - (필요내용) 전문적이고 다양한 활동으로 신체·인지기능 유지·증진 등
 - (제공방법) 음악활동(민요따라하기, 악기연주, 옛날노래, 국악가락 등을 활용한 회상 활동 등), 회상활동, 인지자극훈련
4. 프로그램 제공 일정은 매월 달력의 제공일자별로 기본, 소그룹, 집단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램명을 기재합니다.
5. 프로그램 제공 확인 은 급여제공 후에 매월 수급자의 반응 및 특이사항(수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가)과 요양보호사 모니터링(프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등) 내용을 기재합니다
6. 보호자 상담은 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 상담내용을 상세히 기재합니다

【예시】 평가지표 연계기록지

(전원/퇴소) 연계기록지

수급자명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일		연령		등급	
제공한 급여									
현재 심신 기능 상태									
특이 사항									
퇴소 후 이용계획 (또는 희망급여)									
종합 소견									
<div style="text-align: center;"> <p>년 월 일</p> <p>기관명 : (직인)</p> <p>작성자 : (인)</p> </div>									

장기요양기관 퇴소 신청서

- 성 명 :
- 주 소 :
- 계약기간 :
- 입소기간 :
- 주보호자 :
- 주연락처 :

상기인은 아래와 같은 사유로 장기요양기관 퇴소신청서를 제출 합니다.

- 아 래 -

1. 종결사유

- ☐ 타기관이용 ☐ 타서비스이용 ☐ 등급변동 ☐ 장기입원 ☐ 사망
- ☐ 계약기간종료 ☐ 기타()

2. 퇴소일자 :

년 월 일

이용자 (인)

사례관리종결 및 평가 기록지

평가일자			회의장소													
대상자 성명			작성자명													
선정사유																
선정사유 해결여부		◆ 선정사유 해소 □	종결유형		◆ 대상자의 기능 변화와 안정화 □ ◆ 대상자의 비협조적 태도 및 서비스 거부 □ ◆ 대상자의 퇴소 □ ◆ 대상자의 사망 □ ◆ 기타 □ ()											
사례관리 평가		서비스 종류			필요성			효과성			효율성			달성정도		
					상	중	하	상	중	하	상	중	하	상	중	하
복지	평가															
간호	평가															
물리 치료	평가															
영양	평가															
서비스 모니터링																
대상자		서비스 만족도		<input type="checkbox"/> 매우만족 <input type="checkbox"/> 만족 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 측정할 수 없음												
		신체기능유지 및 증진		<input type="checkbox"/> 저하 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 향상 <input type="checkbox"/> 해당없음												
		인지, 정신 기능의 증진		<input type="checkbox"/> 저하 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 향상 <input type="checkbox"/> 해당없음												
		문제행동변화양상		<input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 개선 <input type="checkbox"/> 해당없음												
		생활수준의 향상		<input type="checkbox"/> 저하 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 향상 <input type="checkbox"/> 해당없음												
사례관리		서비스 제공자들의 협력정도		<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하												
		자원활용의 적절성		<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하												
		보호계획의 적절성		<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하												
조치계획																
복지																
간호																
물리치료																
영양																
비고																

장기요양기관 입소·이용신청서

([] 신규신청 [] 갱신 [] 변경 [] 해지)

※ 어두운 란은 신청인이 적지 않고, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일시	처리기간	7일 이내
신청인	성명	생년월일	
	수급자와의 관계	전화번호(또는 휴대전화번호)	
	주소		
수급자	성명	주민등록번호	
	장기요양 등급	장기요양 인정번호	
	주소		
	전화번호(또는 휴대전화번호)		
	입소·이용 희망 장기요양기관		
	구분	<input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람 <input type="checkbox"/> 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람	

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조제5항에 따라 장기요양기관 입소·이용을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일
신청인: (서명 또는 인)

※ 신청인이 수급자 본인·가족, 사회복지전담공무원, 치매안심센터의 장(수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다), 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람 외의 이해관계인인 경우에는 수급자의 동의를 받아야 합니다.

수급자(또는 보호자): (서명 또는 인)

○○ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용 및 사회복지통합전산망을 통하여 뒤쪽의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

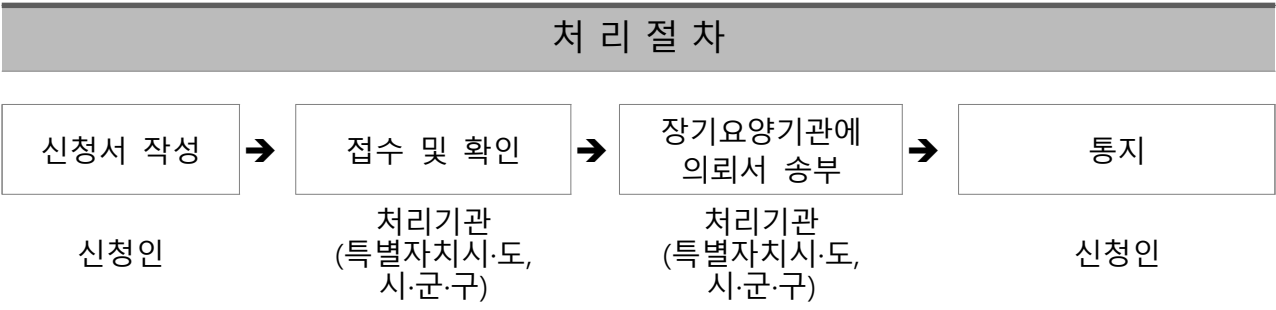
※ 동의하지 않거나 확인이 되지 않는 경우에는 수급자(또는 보호자)가 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

수급자(또는 보호자): (서명 또는 인)

뒤쪽에 신청인 첨부서류가 있습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

신청인 첨부서류	장기요양인정서 사본	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	1. 주민등록표 등·초본 2. 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여수급자 증명서, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여증	



전송단말기 미사용 신청서

기관명		기관기호	
신청자		생년월일	
전화번호			
신청 사유			

해당기관의 폐업 및 연락두절 등의 사유로 스마트폰 해지 처리가 불가하여 위와 같이 스마트폰 해지를 신청하오니 처리하여 주시기 바랍니다.

20 . . .

신청자 : (서명 또는 인)

연락처 :

국민건강보험공단 이 사 장 귀하

장기요양급여 제공자료 반환 신청서				
① 장기요양기관	기 관 기 호		기 관 명	
	대표자성명		전 화 번 호	
	휴 업 기 간		이관접수번호	

□ ② 장기요양급여 제공 자료 반환 요청 목록 및 수량 ()명 ()권 ()매 단위 : 권, 매

구분	년도	년도	년도	년도	년도
1. 장기요양 급여계약에 관한 서류					
2. 장기요양급여제공기록지 등					
3. 방문간호지시서					
4. 장기요양급여비용 명세서 부분					
5. 제2호 내지 제4호의 서류 중 전자문서로 기록, 관리하고 있는 경우 동 자료					
6. 기타()					

※ 별지 제34호서식의 본인부담금수납대장을 작성하여 보존하는 경우에는 이를 제4호의 장기요양급여비용 명세서 부분 대신 제출 가능함.

☐ ③ 장기요양급여 제공 자료 인계·인수

구 분	인 계 자	인 수 자	비 고
성 명	(인)	(인)	
전화번호			

「노인장기요양보험법」 제36조제6항 및 같은 법 시행규칙 제28조의2에 따라
이관 신청하였던 장기요양급여 제공 자료에 대하여 위와 같이 반환 요청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

「노인장기요양보험법」제36조제6항 및 같은 법 시행규칙 제28조의2에 따라
이관 신청하였던 장기요양급여 제공 자료에 대하여 위와 같이 반환 요청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

「노인장기요양보험법」제36조제6항 및 같은 법 시행규칙 제28조의2에 따라
이관 신청하였던 장기요양급여 제공 자료에 대하여 위와 같이 반환 요청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

「노인장기요양보험법」제36조제6항 및 같은 법 시행규칙 제28조의2에 따라
이관 신청하였던 장기요양급여 제공 자료에 대하여 위와 같이 반환 요청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

접수일		반환신청 접수번호		결 재	담당	팀장	부장

※ 휴폐업 장기요양기관 자료이관(자체보관)신청 관련 서식 : 노인장기요양보험 홈페이지 > 알림·자료실 > 서식자료실 게시번호 60089

장기요양급여 제공기록지(방문요양)

(앞쪽)

수급자 성명		생년월일		장기요양등급				장기요양인정번호	
장기요양기관명				장기요양기관기호					
일정 관리	제 공 시 간	()년 월/일	/	/	/	/	/	/	/
		총시간	분	분	분	분	분	분	분
		시작시간	:	:	:	:	:	:	:
		종료시간	:	:	:	:	:	:	:
서 비 스 제 공	신체 활동 지원	개인위생(옷갈아입기, 세면, 구강청결, 목단장 도움 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		몸 씻기 도움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		식사 도움 (영양관리 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		체위변경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		이동 도움(보행, 보장구사용 등 도움)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		화장실이용하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		제공시간	분	분	분	분	분	분	분
		인지활동 지원	인지자극활동	분	분	분	분	분	분
	일상생활 함께하기		분	분	분	분	분	분	분
	인지관리 지원	인지행동변화 관리 등	분	분	분	분	분	분	분
	정서지원	의사소통 도움 등 말벗, 격려	분	분	분	분	분	분	분
	가사 및 일상생활 지원	식사준비, 청소 및 주변정리 정돈, 세탁 등	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		개인활동지원 (외출시 동행 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		제공시간	분	분	분	분	분	분	분
	변 화 상 태	신체기능	①호전 ②유지 ③악화	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③
식사기능		①호전 ②유지 ③악화	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③
인지기능		①호전 ②유지 ③악화	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③
배변변화		대변 실수 횟수	회	회	회	회	회	회	회
	소변 실수 횟수	회	회	회	회	회	회	회	
특이 사항	/								
	/								
서명	장기요양요원 성명 (서명)								
	수급자 또는 보호자 성명 (서명)								

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

(뒤쪽)

구분	세부내용	구분	세부내용
신체활동 지원		인지활동 지원(인지활동형 방문요양)	
세면도움	얼굴과 목, 손 씻기 등, 사용 물품 정리, 세면대까지의 이동 포함	인지자극 활동	인지자극 프로그램 준비, 교재 또는 도구를 활용하여 프로그램 실행, 준비물품 정리
구강청결 도움	구강청결(양치질 등), 양치 지켜보기, 가글액·물 양치, 틀니손질, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	일상생활 함께하기	잔존기능 유지·향상을 위한 수급자와 함께 신체활동, 개인활동 및 가사활동을 수행
식사도움	식사 차리기, 식사보조, 구토물 정리	인지관리 지원	
몸단장	머리단장, 손발톱 깎기, 면도, 면도지켜 보기, 화장하기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	인지행동 변화관리 등	행동변화 감소도움 및 대처, 수급자 및 수발자 안전관리 도움, 정서적 안정과 생활의 욕 향상 도움, 인지기능향상을 위한 인지활동 지원 등
옷갈아 입기도움	의복준비(양말, 신발 포함), 지켜보기 및 지도, 겹옷 및 속옷 갈아입히기, 의복정리	정서 지원	
머리 감기도움	세면대까지의 이동보조 포함, 머리감기, 머리 말리기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	의사소통 도움, 말벗, 격려 등	의사소통 도움, 말벗 및 격려·위로 등 정서적 지원, 사회적 지지체계 연계와 관계망 연결, 비상연락망 준비 등 안부확인을 위한 방문 및 생활상의 문제 상담, 대화·편지·전화 등의 방법으로 수급자의 욕구 파악 및 의사 전달 대행
몸 씻기 도움	욕실이동과 몸 씻기 준비, 입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워 포함), 옷 갈아 입히기, 사용물품 정리	가사 및 일상생활지원	
화장실 이용하기	화장실 이동지원, 이동변기 사용 도움, 배뇨·배변 도움, 지켜보기, 기저귀 교환, 용변 후 처리지원, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	개인활동 지원	외출시 동행, 장보기, 산책, 은행, 관공서, 병원 등 방문 시 부축 또는 동행(차량 이용 포함)하고 책임 귀가
이동도움	침대에서 휠체어로 옮겨 타기, 보행도움, 보조기구(보장구)를 이용한 도움	식사준비, 청소 및 주변정돈, 세탁	수급자를 위한 음식물 조리, 설거지, 주방정리, 청소 및 주변정돈 정돈, 의복세탁 및 관리
체위변경	체위변경, 일어나 앉기 도움		
신체기능의 유지·증진	관절오그라들 예방활동, 보행 및 서있기 연습 보조, 기구사용운동보조, 보장구 이용 도움, 복약도움		

유의사항

1. 일정관리란, 서비스제공란에 날짜 및 급여제공시간을 기록합니다.
2. 변화상태란에 √ 표를 하고, 배변변화란은 실수횟수를 기록합니다(기저귀를 사용하는 경우 교환 횟수를 기록합니다).
3. 인지활동형 방문요양을 제공하는 경우 인지활동지원란에 급여제공시간을 기록하고 특이사항란에 프로그램 운영내용을 자세히 기록합니다.
4. 특이사항란은 급여제공시 확인한 사항 및 조치사항 등을 기록합니다(여백 부족 시 별지 사용 가능합니다).
예) 엉덩이 짓물러 파우더 바름, 혈액투석 받으러 병원 동행함 등

장기요양급여 제공기록지(방문목욕)

(앞쪽)

수급자 성명		생년월일		장기요양등급		장기요양인정번호	
장기요양기관명				장기요양기관기호			
()년 월 일		총시간		분		시작시간 : 종료시간 :	
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	장기요양요원 성명	(서명)		수급자 또는 보호자		(서명)	
		(서명)		성명			
()년 월 일		총시간		분		시작시간 : 종료시간 :	
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	장기요양요원 성명	(서명)		수급자 또는 보호자 성명		(서명)	
		(서명)					
()년 월 일		총시간		분		시작시간 : 종료시간 :	
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	장기요양요원 성명	(서명)		수급자 또는 보호자 성명		(서명)	
		(서명)					

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

유의사항

1. 차량이용인 경우 차량 내 또는 가정 내 목욕 여부를 √표를 하고, 차량번호를 기록, 차량 미이용인 경우 제공장소(가정, 장기요양기관, 대중목욕탕)에 √표를 합니다.
2. 제공방법란은 해당 사항에 √표를 합니다.
3. 상태확인란은 목욕 전·후 해당 사항을 확인한 경우 √표를 합니다.
4. 특이사항란은 급여제공 시 관찰한 수급자의 상태 등을 자세히 기록합니다(여백 부족 시 별지 사용가능합니다).
예) 발진, 창백, 멍 등 피부상태, 욕창발생 부위, 오한, 발열 여부, 상태변화 시 조치사항 등

장기요양급여 제공기록지(방문간호)

(앞쪽)

장기요양기관기호		장기요양기관명		장기요양등급			
수급자 성명		생년월일		장기요양인정번호			
방문간호지시서	의료기관 명칭	발급일	유효기간	의사면허번호		방문횟수	
						주 회	
년	월	일	시작시간	:	종료시간	:	총시간
기본			혈압	/	맥박		체온
내용	건강관리(분)	<input type="checkbox"/> 관절오그라들 예방 <input type="checkbox"/> 투약관리 <input type="checkbox"/> 기초건강관리 <input type="checkbox"/> 인지훈련					
	간호관리(분)	<input type="checkbox"/> 욕창관리 <input type="checkbox"/> 영양관리 <input type="checkbox"/> 통증관리 <input type="checkbox"/> 배설관리 <input type="checkbox"/> 당뇨발관리 등 <input type="checkbox"/> 호흡기간호 <input type="checkbox"/> 투석간호 <input type="checkbox"/> 구강간호					
특이사항							
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)		수급자 또는 보호자 성명		(서명 또는 인)	
년	월	일	시작시간	:	종료시간	:	총시간
기본			혈압	/	맥박		체온
내용	건강관리(분)	<input type="checkbox"/> 관절오그라들 예방 <input type="checkbox"/> 투약관리 <input type="checkbox"/> 기초건강관리 <input type="checkbox"/> 인지훈련					
	간호관리(분)	<input type="checkbox"/> 욕창관리 <input type="checkbox"/> 영양관리 <input type="checkbox"/> 통증관리 <input type="checkbox"/> 배설관리 <input type="checkbox"/> 당뇨발관리 등 <input type="checkbox"/> 호흡기간호 <input type="checkbox"/> 투석간호 <input type="checkbox"/> 구강간호					
특이사항							
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)		수급자 또는 보호자 성명		(서명 또는 인)	
년	월	일	시작시간	:	종료시간	:	총시간
기본			혈압	/	맥박		체온
내용	건강관리(분)	<input type="checkbox"/> 관절오그라들 예방 <input type="checkbox"/> 투약관리 <input type="checkbox"/> 기초건강관리 <input type="checkbox"/> 인지훈련					
	간호관리(분)	<input type="checkbox"/> 욕창관리 <input type="checkbox"/> 영양관리 <input type="checkbox"/> 통증관리 <input type="checkbox"/> 배설관리 <input type="checkbox"/> 당뇨발관리 등 <input type="checkbox"/> 호흡기간호 <input type="checkbox"/> 투석간호 <input type="checkbox"/> 구강간호					
특이사항							
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)		수급자 또는 보호자 성명		(서명 또는 인)	

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

작성방법 및 유의사항

1. 기본: 수급자의 혈압, 맥박, 체온을 적습니다.
2. 내용: 건강관리, 간호관리의 급여제공시간은 각 세부항목의 급여제공시간을 합산하여 적습니다.
 - 가. 건강관리: 관절오그라듦 예방, 투약관리(먹는약 투여 및 도움·확인, 바르는 약 도포 및 좌약 삽입, 자가주사 교육 및 관찰, 기초건강관리(관찰 및 기초건강사정, 감염간호, 치매돌봄 정보제공, 교육 및 상담, 의료기관 의뢰 등), 인지훈련(인지기능장애 완화를 위한 훈련 제공)
 - 나. 간호관리: 욕창관리(욕창예방, 욕창간호 등), 영양관리[튜브영양공급, 비위관(鼻胃管, L-tube) 교환 등], 통증관리, 배설관리[소변배출관(도뇨관) 관리, 방광간호, 회음부 간호, 요루(요도셋길) 간호, 장루(창자셋길)간호, 배설간호 등], 당뇨발관리(당뇨발 간호, 상처관리 등), 호흡기간호(흡인 간호, 기관절개관 관리, 산소요법 관리 등), 투석간호, 구강간호(구강감염 예방 등)
3. 특이사항: 수급자 상태, 처치내용 또는 가족 상담·교육 내용 등을 자세히 적습니다.
예) 욕창부위 및 소독(dressing) 빈도, 방광훈련 방법, 가족 지지체계 및 지역사회 자원 등 상담

장기요양급여 제공기록지(주·야간보호)

(앞쪽)

수급자 성명		생년월일	장기요양등급	장기요양인정번호	
장기요양기관명			장기요양기관기호		
()년 월/일		/	/	/	
총시간		분	분	분	
시작시간 / 종료시간		/	/	/	
이동서비스 제공여부 (차량번호)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
신체 활동 지원	세면, 구강청결, 머리감기, 몸단장, 옷 갈아입기 도움 등		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	목욕	소요시간	분	분	
		방법	①전신입욕 ②샤워식	①전신입욕 ②샤워식	①전신입욕 ②샤워식
	식사	종류	①일반식 ②죽 ③유동식(미음)	①일반식 ②죽 ③유동식(미음)	①일반식 ②죽 ③유동식(미음)
		섭취량	① 1 ② 1/20상 ③ 1/2미만	① 1 ② 1/20상 ③ 1/2미만	① 1 ② 1/20상 ③ 1/2미만
	화장실이용하기 (기저귀 교환)		회	회	
	이동도움 및 신체기능 유지·증진		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	특이사항				
	작성자 성명		(서명)	(서명)	
	인지 관리 및 의 사소 통	인지관리지원		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의사소통도움 등 말 벗, 격려		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
특이사항					
작성자 성명		(서명)	(서명)		
건강 및 간 호관 리	혈압/체온		/	/	
	건강관리 (분)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	간호관리 (분)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	기타(응급서비스)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	특이사항				
작성자 성명		(서명)	(서명)	(서명)	
기능 회복 훈련	신체·인지기능 향상 프로그램				
	신체기능·기본동작, 일 상생활동작훈련		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	인지활동형프로그램		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	인지기능 향상훈련		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	물리(작업)치료		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	특이사항				
	작성자 성명		(서명)	(서명)	

(뒤쪽)

구분	세부내용	구분	세부내용
신체활동지원		건강 및 간호관리	
세면도움	얼굴, 목, 손 씻기, 세면장까지의 이동보조, 세면동작지도, 세면 지켜보기	관찰 및 측정	혈압, 체온, 맥박, 호흡 측정, 신장, 체중, 가슴둘레(흉위) 등 측정
구강청결 도움	구강청결(양치질 등), 양치 지켜보기, 가글액·물 양치, 틀니손질, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	건강관리	관절오그라들 예방, 투약관리(먹는약 투여 및 도움·확인, 약 바르기 및 좌약 삽입, 자가주사 교육 및 관찰, 기초건강관리(관찰 및 기초건강사정, 감염간호, 치매돌봄 정보제공, 교육 및 상담, 의료기관 의뢰 등), 인지훈련(인지기능장애 완화를 위한 훈련 제공) 등
머리감기 도움	세면장까지의 이동보조 포함, 머리감기, 머리 말리기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리		
몸단장	머리단장, 손발톱 깎기, 면도, 면도지켜 보기, 화장하기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리		
옷갈아 입기 도움	의복준비(양말, 신발 포함), 지켜보기 및 지도, 속옷·겉옷 갈아입하기, 의복정리		
몸씻기도움	입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워 포함), 지켜보기, 욕실정리	간호관리	욕창관리(욕창예방, 욕창간호 등), 영양관리[튜브영양공급, 비위관(鼻胃管, L-tube) 교환 등], 통증관리, 배설관리[소변배출관(도뇨관) 관리, 방광간호, 회음부 간호, 요루(요도셋길) 간호, 장루(창자셋길)간호, 배설간호 등], 당뇨발관리(당뇨발 간호, 상처관리 등), 호흡기간호(흡인 간호, 기관절개관 관리, 산소요법 관리 등), 투석간호, 구강간호(구강감염 예방 등)
식사도움	아침, 점심, 저녁 및 간식포함 식사 도움, 지켜보기, 튜브영양공급실시, 식사준비 및 정리		
이동도움	침대에서 휠체어로 옮겨 타기 등, 시설 내 보행 지켜보기, 보행도움, 산책시 부축 및 동행(차량 이용 포함), 병원 동행 등		
신체기능의 유지·증진	관절오그라들 예방, 일어나 앉기 연습 도움, 보행, 서있기 연습 보조, 기구사용 운동보조, 보장구 이용 도움(지켜보기 포함)		
화장실 이용하기	화장실이동보조, 이동변기 사용도움, 배뇨·배변도움, 지켜보기, 기저귀교환, 용변 후 처리, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	응급서비스	의식소실, 호흡곤란, 출혈, 외상, 화상 등 응급상황에 대한 대처
인지관리 및 의사소통		기능회복훈련	
인지 관리지원	행동변화 감소 도움 및 대처, 수급자와 수발자 안전관리 도움, 정서적 안정과 생활의욕 향상 도움, 인지기능향상을 위한 인지활동 지원 등	신체·인지 기능 향상 프로그램	맨손체조, 타월체조, 탄성밴드 운동, 발마사지, 화상훈련, 음악활동, 원예활동, 종이접기, 은행·관공서 등 방문, 야외 놀이, 영화감상
		신체기능의 훈련	관절운동범위 평가, 근력증강운동, 삼킴 운동, 팔기능·손가락정교성운동, 조화운동, 지구력 훈련
		기본동작 훈련	기본동작 평가, 뒤집기, 일어나기, 앉아있기, 일어서기, 서있기, 균형, 이동, 휠체어 조작 및 이동, 보행, 보장구 장착 등 지켜보기, 도움 제공
		인지활동형 프로그램	인지기능 악화방지 및 잔존기능 유지를 위해 인지활동형 프로그램 관리자가 수립한 프로그램 계획에 따라 프로그램 관리자, 치매전문요양보호사, 외부강사가 제공하는 프로그램
의사소통 도움 등 말벗, 격려	책읽기, 편지 대필, 의사전달 대행, 일상회화, 물품(편지, 신문 등) 배포, 응급벨 대처, 의사소통 도움, 말벗 및 격려·위로, 정서적 지원, 사회적 지지체계 연계와 관계망 연결, 비상연락망 준비 등 안부확인을 위한 방문 및 생활상의 문제 상담, 대화·편지·전화 등의 방법으로 수급자의 욕구 파악 및 의사 전달 대행	인지기능향상 상훈련	기억전략 훈련, 시간차 회상훈련, 실생활에서의 지각 기능훈련, 판단 및 집행기능훈련 등 인지기능향상을 위한 인지지원프로그램
		일상생활 동작훈련	식사동작, 배설동작, 옷 갈아 입기동작, 목욕동작, 몸단장 동작, 이동 동작, 요리동작, 가사동작 등 훈련
		물리치료	온열치료, 전기치료, 수치료, 견인요법 등
		작업치료	운동놀이, 미술활동, 놀이지도, 도구적 일상생활 수행 동작 훈련, 타이핑 등
유의사항			

1. 이동서비스를 제공한 경우 √ 표를 하고 차량번호를 기록합니다.
2. 목욕을 제공한 경우 소요시간을 분단위로 기록하고 제공방법 해당 번호에 √ 표를 합니다.
3. 식사는 종류 및 섭취량 해당 번호에 √ 표를 합니다.
4. 화장실 이용하기는 급여제공시간 동안의 소변·대변 총 횟수를 기록합니다(기저귀를 사용하는 경우, 기저귀 교환 횟수를 기록합니다).
5. 신체·인지기능 향상 프로그램은 제공한 프로그램명을 기록합니다.
6. 특이사항은 수급자의 상태변화 등이 있을 경우 조치사항 등을 기록합니다(여백 부족시 별지 사용 가능합니다).
7. 예) 설사를 해서 엉덩이 짓물러 파우더 바름, 미열이 있어 미온수로 닦아냄, 산책을 하고 나서 기분이 좋아짐 등
7. 각 항목별 서비스를 제공한 종사자가 작성자란에 서명을 합니다.

장기요양급여 제공기록지(복지용구)

※ 뒤쪽의 아래의 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞쪽)

수급자 성명	생년월일	장기요양등급	장기요양인정번호
장기요양기관명		장기요양기관기호	

[] 구입 [] 대여

① 품목명	② 제 품 명	③ 복지용구 표준 코드	④ 급여비용	⑤ 판매일 또는 대여기간	급여비 내역(원)		
					⑥ 총액	⑦ 본인부담금	⑧ 공단 부담액

특이 사항			
확인자	사업소 담당자	(서명 또는 인)	
	수급자 또는 보호자	(서명 또는 인)	
	수급자와의 관계 : [] 본인 [] 가족 [] 친족 [] 기타 ()		
확인일시	년 월 일	확인방법	[] 방문 [] 유선

유의사항

- ① ~ ②: 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」에 명시된 품목명과 제품명을 적습니다.
 - ③ 복지용구표준코드: 제공 제품의 복지용구 바코드 라벨을 확인하여 제품코드 및 제조번호를 포함한 복지용구표준코드를 적습니다.
 - ④ 급여비용: 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」에 명시된 제품별 급여비용을 적습니다.
 - ⑤ 판매일 또는 대여기간: 구입인 경우 판매일을 적고, 대여인 경우 대여기간(시작일과 종료일)을 적습니다.
 - ⑥ 총액: 구입인 경우 판매일(⑤)에 판매한 제품의 급여비용(④)을 적고, 대여인 경우 대여기간(⑤)에 해당하는 급여비용의 총액을 적습니다. 다만, 제품별 월 대여가격 산정방법에 따라 산출된 금액의 10원 미만은 반올림합니다.
 - ⑦ 본인부담금: 「노인장기요양보험법」제40조에 따른 법정 본인부담금을 적습니다.
 - ⑧ 공단부담액: 총액에서 본인부담금을 뺀 금액을 적습니다.
- ※ 장기요양급여 제공기록지(복지용구)는 구입제품은 제공할 때, 대여제품은 최초 제공할 때와 매월 기록합니다.
- ※ 의료기관 입원, 시설 입소, 복지용구 점검 사항 등은 특이사항에 기록합니다.

장기요양급여 제공 상호협력 동의서

이 동의서는 **수급자와 장기요양요원**(요양보호사 등) 상호간의 권리와 의무, **장기요양기관** **장의 역할**을 명시하여 인격 존중과 신뢰 구축을 바탕으로 원활한 장기요양급여 이용이 이루어질 수 있도록 하기 위한 것입니다.

I 수급자의 권리와 의무

수급자는 본인의 권리를 이해하고 행사하여야 합니다.

- 수급자는 장기요양급여를 이용함에 있어 **본인의 인권을 침해당하지 않고 보호받을 권리**가 있습니다.
- 수급자는 장기요양기관과의 협의 하에 장기요양급여 **제공 계획서의 범위 안에서** 장기요양급여의 **구체적인 내용을 요청** 할 수 있습니다.

수급자는 장기요양급여를 이용함에 있어서 본인의 의무를 준수해야 합니다.

(장기요양서비스 이용수칙 참고)

- 수급자(보호자)는 **요양보호사의 인격을 최대한 존중**하고, 상대방의 신뢰관계를 저해할 수 있는 언행이나 불필요한 신체접촉 및 불쾌하거나 **수치심을 일으키는 행위**는 하지 않습니다.
- 수급자(보호자)는 요양보호사에게 **무리한 요구나 행위**를 하지 않습니다.

■ 수급자(보호자)가 요양보호사에게 요구해서는 안되는 행위는 다음과 같습니다.

「노인장기요양보험법」 제28조의2(급여외행위의 제공 금지)

① 수급자 또는 장기요양기관은 장기요양급여를 제공받거나 제공할 경우 다음 각 호의 행위(이하 “**급여외행위**”라 한다)를 요구하거나 제공하여서는 아니 된다.

1. 수급자의 가족만을 위한 행위
2. 수급자 또는 그 가족의 생업을 지원하는 행위
3. 그밖에 수급자의 일상생활에 지장이 없는 행위

II 장기요양요원(요양보호사 등)의 권리와 의무

장기요양요원(요양보호사 등)은 본인의 권리를 이해하고 행사하여야 합니다.

- 장기요양요원(요양보호사 등)은 장기요양기관 및 수급자(보호자)로부터 **인권 침해**를 당하지 않도록 **보호받을 권리**가 있습니다.

장기요양요원(요양보호사 등)은 장기요양급여를 제공함에 있어서 본인의 의무를 준수해야 합니다.

- 수급자의 **인격을 존중**하며 노인학대를 포함하여 상대방의 신뢰관계를 저해할 수 있는 언행이나 불필요한 신체접촉, 불쾌하거나 **수치심을 일으키는 행위를 하지 않습니다.**
- 수급자의 **급여 이용**에 관한 선택과 자율적인 판단을 존중하고, 수급자가 직면한 상황과 특성을 최대한 이해하며 **상호협조** 하에 장기요양급여의 제공이 이루어지도록 노력하여야 합니다.

■ 장기요양요원 중 요양보호사는 수급자를 위하여 아래와 같은 장기요양급여를 제공합니다.

신체활동 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 식사 및 약 챙겨드리기, 개인위생활동(세수, 양치, 머리 감기, 목욕 등) • 몸단장(머리 손질, 손·발톱 정리, 옷 갈아입기 등) • 체위변경, 이동 도움, 배설 도움(화장실·이동변기 이용, 기저귀 교체 등) • 신체기능 증진활동 등
인지활동 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 회상 훈련, 기억력 향상활동, 남아있는 기능의 유지·향상을 위한 사회 활동 훈련 (수급자와 함께 옷 개기, 요리하기 등)
일상생활 지원 등	<ul style="list-style-type: none"> • 외출 동행(장보기, 산책, 물품 구매, 병원 이용 등) • 수급자의 방 안 청소 및 환경 관리, 빨래, 식사준비, 설거지 등 ※ 가족만을 위한 행위 제외
정서 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 말벗, 의사소통 도움 등

장기요양요원(요양보호사 등)과 수급자(보호자)가 서로의 인격을 존중하면, 장기요양급여 제공 과정에서 발생할 수 있는 부적절한 언행, 인권침해 및 성희롱 등을 예방할 수 있습니다.

장기요양기관 장은 본인의 권리를 이해하고 행사하여야 합니다.

- 장기요양기관 장은 수급자(보호자) 및 장기요양요원(요양보호사 등)으로부터 급여 계약·제공·관리 과정에서 존중받을 권리가 있습니다.

장기요양기관 장은 장기요양급여를 제공함에 있어서 본인의 의무를 준수해야 합니다.

- 장기요양기관 장은 수급자(보호자)와 장기요양요원(요양보호사 등) 상호간에 인권 침해가 발생하지 않도록 노인인권 보호교육, 녹음기기 착용 권고 등 사전 예방조치를 시행하여 양측의 인권을 보호하여야 합니다.

■ 장기요양기관 장은 장기요양요원의 보호를 위해 필요한 조치를 취하는 등 의무를 가집니다.

「노인장기요양보험법」 제35조의4, 시행령 14조4(장기요양요원의 보호)

① 장기요양기관의 장은 장기요양요원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 인한 고충의 해소를 요청하는 경우 업무의 전환 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 적절한 조치를 하여야 한다.

1. 수급자 및 그 가족이 장기요양요원에게 폭언·폭행·상해 또는 성희롱·성폭력 행위를 하는 경우
2. 수급자 및 그 가족이 장기요양요원에게 제28조제1항 각 호에 다른 급여외행위의 제공을 요구하는 경우

(시행령 14조의4) 장기요양기관의 장은 장기요양요원이 법 제35조의4제1항 각 호의 어느 하나에 해당하여 고충의 해소를 요청하는 경우에는 해당 장기요양요원의 업무를 전환하는 등의 조치를 해야 한다. 이 경우 장기요양기관의 장은 해당 수급자 또는 수급자 가족과 상담을 실시해야 한다.

수급자(보호자)와 요양보호사 등, 장기요양기관이 상호 존중할 때 '좋은 돌봄'이 완성됩니다.

작성 일자 : 20 년 월 일

수급자 성명: _____(서 명) 장기요양요원(요양보호사 등) 성명: _____(서 명)

보호자 성명: _____(서 명) 장기요양기관: _____(서 명)