■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제17호서식] <개정 2019. 10. 24.>

가족요양비 지급 신청서

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

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	30일

① 신청인(본인)	성명		장기요양인정번호
	주소(실제 거주지)		
	전화번호	(휴대전화번호:)	

② 대리인	성명		주민등록번호
	주소		
	전화번호		휴대전화번호
	유형	1. 가족・친족・이해관계인(신청인과의 관계:) 2. 사회복지전담공무원 3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 4. 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 자	

③ 보호자	※ 대리인과 보호자가 동일할 경우 작성 생략		
	성명	신청인과의 관계	전화번호

④ 신청사유	[ ] 도서・벽지	
	[ ] 천재지변	
	[ ] 신체・정신・성격 등	[ ] 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병환자로서 감염의 위험성이 있는 자
		[ ] 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인 중 같은 법 시행령 별표 1에 따른 정신장애인
		[ ] 신체적 변형 등의 사유로 대인과의 접촉을 기피하는 자

⑤ 요양제공자	성명		신청인과의 관계		전화번호	
	주소(실제 거주지)				주민등록번호	

⑥ 지급계좌	금융기관명	계좌번호	예금주(수급자)

⑦ 급여종류 변경신청 [ ]	※ 신청사유
⑧ 지급알림 문자메시지 수신동의□	□신청인 □보호자 □대리인

「노인장기요양보험법」 제24조 및 같은 법 시행규칙 제20조에 따라 위와 같이 가족요양비를 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

대리인: (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	뒤쪽 참조

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

신청인 제출서류	1. 신청 사유가 신체・정신・성격 등에 해당하는 경우 감염병, 정신장애인, 신체적 변형 등을 증명할 수 있는 서류(진단서 등) 1부 2. 대리인 관련 서류 가. 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 나. 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 다. 치매안심센터의 장(수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 라. 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 자: 「노인장기요양보험법 시행규칙」 별지 제9호서식에 따른 대리인 지정서 1부	수수료 없음
담당 직원 확인사항	장애인등록증(신청사유가 정신장애인인 경우에만 해당됩니다)	

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

※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인(대리인) (서명 또는 인)

작성방법

① 가족요양비를 받으려는 신청인의 성명, 장기요양인정번호, 주소(실제 거주지), 전화번호를 적습니다.

② 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호를 적고 해당하는 유형에 "○" 표시를 합니다.

1. 가족・친족・이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.
   - 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
   - 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
   - 이해관계인: 이웃 등 가족, 친족을 제외한 그 밖의 자
2. 사회복지전담공무원: 「사회복지사업법」에 따른 사회복지전담공무원
3. 치매안심센터의 장(신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장
4. 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 자: 가족, 친족, 이해관계인 또는 사회복지전담공무원이 장기요양인정신청 등을 할 수 없는 경우 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장이 지정한 자

③ 보호자의 성명, 신청인과의 관계, 전화번호를 적습니다.

④ 신청인이 해당되는 가족요양비 신청사유에 √표시를 합니다. 신체・정신・성격 등의 경우 그 구체적인 사유에 다시 √표시를 하고, 진단서 등 관련 증빙서류를 함께 제출합니다.

⑤ 요양제공자의 성명, 신청인과의 관계, 전화번호, 주소(실제 거주지), 주민등록번호를 적습니다.

※ 요양제공자가 실제로 요양을 제공하는지를 파악하기 위하여, 제공자의 실제 거주지 및 출입국기록 등을 확인하는 데 주민등록번호가 이용될 수 있습니다.

⑥ 수급자(신청인) 계좌의 금융기관명, 계좌번호를 적습니다.

※ 가족요양비는 반드시 수급자의 계좌번호를 적어야 하며, 수급자가 아닌 가족이나 대리인의 계좌번호일 경우 지급되지 않음을 알려드립니다.

⑦ 장기요양급여의 종류를 가족요양비로 변경하여 신청하는 경우 √표시를 하고 신청한 사유를 간략히 적습니다.

⑧ 지급알림 문자메시지 수신 동의하는 경우 □에 √표시를 하고 □신청인, □보호자, □대리인 중 문자메시지를 수신할 사람을 선택합니다.

유의사항

1. 가족요양비 수급자로 인정받은 자는 다른 장기요양급여(재가급여, 시설급여, 특례요양비, 요양병원간병비)를 받을 수 없습니다. 다만, 재가급여 중 기타재가급여(복지용구)는 받을 수 있습니다.
2. 가족요양비 수급자로 인정받은 자가 다른 장기요양급여를 이용하려면 공단에 급여종류 변경신청을 해야 합니다. 변경신청 없이 다른 장기요양급여를 이용한 경우 그 비용은 본인이 전액 부담합니다.
3. 요양제공자가 실제로 요양을 제공하기 어려운 경우에는 요양제공자 변경신청서를 공단에 제출하여야 합니다.
4. 지급계좌는 「노인장기요양보험법」 제27조의2 및 같은 법 시행규칙 제21조의3에 따른 특별현금급여수급계좌로 신청・변경할 수 있습니다.
5. 「노인장기요양보험법」 제15조제4항에 따라 거짓이나 그 밖의 부정한 방법 등으로 장기요양인정을 받은 것으로 의심되는 경우 공단은 인정조사를 실시하여 다시 등급판정을 할 수 있습니다.

처 리 절 차

지급신청서 제출	→	접수 및 지급요건 확인 (장기요양인정서 발급)	→	가족요양비 지급
신청인		처리기관 (국민건강보험공단)		처리기관 (국민건강보험공단)