

생산등록번호	인권지원팀-89
등 록 일	2023.10.19.
결 재 일	2023.10.20.
공 개 구 분	공개

과장	팀장	사무처장	원장
			10/20
송경아	윤명재	김미란	김대삼
협조자			

- 장기요양요원 처우개선 및 요양서비스 질 향상을 위한 -
2023년도 장기요양요원 독감예방 접종비 지원 계획



광주광역시사회서비스원
[인 권 지 원 팀]

- 장기요양요원 처우개선 및 요양서비스 질 향상을 위한 - 2023년도 장기요양요원 독감예방 접종비 지원 계획

어르신 요양서비스 질을 높이고 장기요양요원의 처우개선을 위하여 장기요양기관 종사자(만 64세 이하)에게 무료 독감예방접종을 제공하고자 함

I 추진근거

- ☐ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제24조(필수예방접종)
- ☐ 광주광역시 장기요양요원 처우개선 및 지위향상에 관한 조례 제6조(처우개선 사업)
- ☐ 광주광역시 장기요양요원 지원계획('21~'23) 수립 시행계획

II 추진목적

- ☐ 건강취약계층인 어르신을 대상으로 면대면 서비스를 제공하는 장기요양요원의 건강권을 확보하여 요양서비스 질 향상과 처우개선
- ☐ 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 장기요양급여를 받는 어르신들의 공중보건에 대한 안심서비스 제공

III 추진개요

- ☐ 추진기간 : 2023년 9월 ~ 12월
- ☐ 대상시설 : 관내 노인복지시설(의료, 재가) 및 재가장기요양기관
- ☐ 사업내용 : 3~4가 백신 접종 실비 지원(백신비 + 접종 시행비)
- ☐ 사업대상 : 광주시 요양시설 근무자(전일 근무) 중 만 64세 이하

(단위 : 명)

구분	계	동구	서구	남구	북구	광산구
만 64세 이하 (전일근무 종사자)	3,076	427	578	417	1,050	604

※ 지원대상 인원은 지자체 취합자료(2023.9.30.기준) 자료로 일부변동 있을 수 있음.

IV 추진계획

□ 지원대상 : 만 64세 이하 관내 장기요양기관 종사자

- 1959. 1. 1. 이후 출생자
- 독감접종비 신청일 현재 장기요양기관에 재직 중인 자
 - 재직 중인 자란 소속 기관 산재보험에 가입되어 있는 자를 말함
 - 신청일 현재란 장기요양기관 종사자가 희망병원에서 접종받은 경우 기관에 신청하는 날

□ 대상 장기요양기관 및 종사자 수 : 3,000명

장기요양기관				장기요양기관 종사자	
급여종류별 장기요양기관 수(개소)				종사자 (명)	
계	노인의료복지시설	주야간보호시설	방문요양시설	64세이하 (전일 근무자))	그 외
906	101	138	667	3,076	25,037

* ('22)건강보험공단 노인장기요양보험통계연보, ('23.9.)자치구 현황자료, 급여종류별 중복 제외

※ 지원 제외기관

- 세무서 폐업 신고된 기관
- 접종기간(2023.9.20.~11.30.) 전체기간 동안 업무정지인 기관

□ 접종기간 : 2023. 9. 20.(수) ~ 11. 30.(목)

- 접종비 지원 대상 : 병원 진료비 계산서의 날짜가 접종기간 내에 해당하는 경우

※ 접종 기간 내 실시한 접종자의 경우만 지원 가능하므로 접종기간 필히 준수

접종 날짜	9. 20. ~ 11. 30.	12. 1.~ 12. 31.
지원 여부	지원 가능	지원 불가

□ 지원내용 : 3~4가 백신 접종 실비 지원(백신비+접종시행비)

※ 계획 수립 전 접종자 소급 적용하기 위해 3~4가 백신 모두 적용함

- 소요예산 : 120백만원
- 예산과목 : 사업명)장기요양요원지원센터 관)사업비 항)사업비
목)장기요양요원지원센터 운영

구분	주 체	내 용	추진기한
계획 수립	시 및 자치구	자치구 및 기관으로 무료 독감 예방접종 지원 계획 통보	10.23. ~10.27.
접종 실시	장기요양요원	<p>◆ 장기요양요원 희망병원에서 접종</p> <p>- 先 자부담 → 後 기관에 비용청구</p> <p>〈장기요양요원 → 소속기관 신청시 제출자료〉</p> <p>- 신청서(붙임1호)(개인정보제공동의 체크 필수)</p> <p>- 진료비상세명세서(백신명과 가격 모두 기재된 것)</p> <p>※(주의!) 진료비계산서는 금액만 있어서 별도의 접종확인서가 있어야 하므로 비용이 추가되니, 상세명세서로 제출</p> <p>- 본인계좌번호</p>	9.20. ~ 11.30.
비용 청구	기 관	<p>◆ 장기요양요원센터로 접종비 청구</p> <p>〈청구시 제출자료〉</p> <p>① 접종비 지원 청구서</p> <p>② 기관 보조금 통장 사본</p> <p>③ 4대 보험 가입 명부</p> <p>④ <u>접종자 명단</u> : 엑셀양식(기관명, 성명, 주민번호, 연락처, 접종 비용)</p> <p>※ 개인정보제공 동의한 비용신청서 기관에서 필수 보관</p> <p>⑤ 개인별 진료비상세명세서</p>	12.08.
비용 지급	센 터	기관 계좌 비용 계좌이체	12.15.
	기 관	소속 장기요양요원에게 비용 계좌이체	12.20.
정산	기 관	센터로 지급내역서(은행 이체확인서) 제출	12.22.
	센 터	광주광역시로 접종자 지급 명단 제출로 평가	12.27.

□ 장기요양기관 준수사항 및 청구절차

- 소속기관 및 장기요양요원 본인명의 통장 사용 원칙
- 무료독감접종신청서<붙임1>의 개인정보제공동의 확인 필수
 - * 신청서는 기관에서 보관, 개인정보 관리 철저
- 재직확인은 “4대보험 가입자명부”의 산재보험 가입자로 증명
(근로복지공단 발급 ☎1588-0075, 4대사회보험정보연계센터 인터넷 발급가능)
- 접종대상자 명단<붙임2>은 반드시 엑셀로 작성하여 기관장이 확인날인 후 센터에 서면과 파일 두 가지 모두 제출(중복여부 확인 용)
 - 기관명, 성명, 주민등록번호, 연락처, 접종비용
- 증빙자료인 개인별 진료비상세명세서 제출
- 거짓·부정한 방법으로 수급하지 않도록 유의
 - * 부정수급시 보조금 환수 및 다음연도 접종대상 제외
 - * 근무지가 여러 곳이면 사회복지시설(노인의료복지시설, 재가노인복지시설)인 장기요양기관에 우선적으로 신청하되, 한 번만 신청해야 함
 - * 독감예방접종비용 이외의 다른 진료비용은 청구할 수 없음

□ 장기요양요원(종사자) 유의사항

- 여러 기관에 소속되어 있을 경우 중복신청하지 않도록 유의
- 반드시 기한 내에 접종 및 신청
 - * 병원 진료비 명세서의 날짜가 11월 30일이 지나면 신청 불가

VII **행 정 사 항**

- ☐ 독감예방 접종비 지원 계획 안내 : '23.10.23.~10.27.
- ☐ 장기요양요원 독감예방 접종 실시 : '23.09.20.~11.30.
- ☐ 장기요양기관 접종비용 청구 : '23.12.08.까지
 - 장기요양기관 종사자에 비용 계좌이체 이행 확인 등
- ☐ 기관 계좌로 접종비용 지출처리 : '23.12.20.까지
- ☐ 지급내역서 및 접종자 명단 제출·평가 : '23.12.27.까지

- 붙임 1. 독감예방 접종비 지원 신청서1부.
2. 독감예방 접종비 지원 대상자 명단(엑셀) 1부.
3. 참고자료 제증명발급신청서(사업장용) 1부. 끝.

[예임 1_접종자 작성]

장기요양요원 독감예방 접종비 지원 신청서

접 종 신 청 서		
장기요양요원 작성	성 명	
	주민등록번호	-
	연 락 처	
	접 종 일	
	접종병원	
	접종비용	원
	<p>〈개인정보수집 안내〉</p> <p>감염병예방법 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록 번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하는데 동의합니다.</p> <p>- 개인정보 수집·이용항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 민감정보</p> <p>- 보유 및 이용기간 : 5년</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음(접종비지원 안됨) </p>	
<p>아래 위임자(시설·센터장)에게 장기요양요원 독감예방 접종비 지원 관련 청구와 개인정보에 관한 일체의 권한을 위임합니다.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음(접종비 지원 안됨) </p>		

※ 독감예방접종을 의료기관에서 자부담으로 접종 후 소속 기관에 청구하시기 바랍니다.

※ 접종비 신청은 만 64세(1959. 1. 1.이후 출생자)이하로서 근무처가 여러 곳인 경우 한 곳에서만(중복신청 금지, 1:2번 코드에서 우선 신청) 신청해야 합니다. (부정수급 시 다음년도에 예방접종비 지원 불가)

※ 지원 대상 시설에 신청일 현재 재직 중(반드시 산재보험 가입자)이어야 합니다.

2023년 광주광역시 장기요양요원지원센터 독감예방 접종비 지원 사업과
관련하여 비용을 신청합니다.

신청일 : 년 월 일
신청인 (서명 또는 인)

○○○시설(센터)장 귀하

[폴임 2_기관 작성]

장기요양요원 독감예방 접종비 지원 대상자 명단 (엑셀 작성)

[illegible]

〈작성요령〉

※ 직종이 기타인 경우는 비고란에 해당 직종을 기재

※ 주민번호는 중복자 확인에 필요하므로 오타나 오류가 없도록 정확히 입력

제출일 : 년 월 일

확인자(시설·센터장) : (인)

광주광역시 장기요양요원지원센터장 귀하

[붙임 3]

제증명발급신청서(사업장용)

※ 공통란은 모두 기재하시고, 해당 신청란에 [✓] 하고 기재하시기 바랍니다.

접수번호		접수일	
공 통	신청 구분	<input type="checkbox"/> 보험가입증명원 ()부 (<input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 고용보험) <input type="checkbox"/> 보험료완납증명원 ()부 (<input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 고용보험) <input type="checkbox"/> 자진신고사업장용 보험료납부내역 확인서 ()부 (<input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 고용보험) (납부확인년도:) <input type="checkbox"/> 사업장월별보험료산출내역서 ()부 (대상기간: 년 월 ~ 년 월) <input type="checkbox"/> 종합소득세 필요경비용 보험료 납부내역 ()부 (대상연도:) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 고용보험 조회기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일 취득중인 근로자 <input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 선택 월평균보수 <input type="checkbox"/> 반영 <input type="checkbox"/> 미반영 </div>	
		<input type="checkbox"/> 사업장 자격취득자 명부 ()부	
	신청인	<input type="checkbox"/> 산재요양승인/반려여부확인서 ()부 (확인기간: 년 월 일 ~ 년 월 일) <input type="checkbox"/> 보험급여지급확인원()부 <input type="checkbox"/> 임금채권체당금증명원 ()부 (<input type="checkbox"/> 지급 <input type="checkbox"/> 총괄 <input type="checkbox"/> 지급(상환액포함) <input type="checkbox"/> 근로자별	
		성명 <input type="text"/> 주민등록번호 <input type="text"/> 주소 <input type="text"/> ☎ <input type="text"/> 관계 <input type="checkbox"/> 사업주 <input type="checkbox"/> 대리인(발급대상과의 관계를 기재하세요)	
	용도	<input type="checkbox"/> 확인용 <input type="checkbox"/> 본인의 권리구제((재)심사, 행정심판(소송) 등) <input type="checkbox"/> 제출용(제출처:)	
	수령 방법	<input type="checkbox"/> 직접 방문 및 수령 <input type="checkbox"/> 팩스(팩스번호:) 수령자명:) <input type="checkbox"/> 우편(수령주소:) <input type="checkbox"/> 기타()	
사 업 장	사업장관리번호 (사업개시번호)	사업장 명칭 (공사 명칭)	
	사업자등록번호	대표자(사업주)	
	소재지	☎ <input type="text"/>	
보험급여 지급확인원 신청시 작성	재 해 자	성명	생년월일 <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일 재해일자 <input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월 <input type="text"/> 일
<구비서류> 1. 사업장(개인) : 사업주 신분증, 사업자등록증 2. 사업장(법인) : 법인인감, 사업자등록증 3. 대리인 : 사업장 구비서류 및 사업주 위임장, 대리인 신분증			
<공지사항> 1. 산업재해보상보험법(시행령), 고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률(시행령), 고용보험법(시행령)에 의거 신청인의 주민등록번호를 처리할 수 있습니다. 2. 발급받은 자료를 신청한 용도 이외의 목적으로 사용할 수 없으며, 이를 위반할 경우에는 「개인정보보호법」 제70조~제74조의 규정에 의하여 처벌받을 수 있습니다. 3. 사업장 자격취득자 명부 는 경력증명 또는 타기관 제출 등 산재보험 및 고용보험 업무이외의 목적으로 활용시 발생하는 문제에 대해서는 공단에서 책임을 지지 않습니다. 4. 자료제공시 공공기관이 정보공개에 관한 법률 및 개인정보보호법에 따라 개인정보보호를 위하여 비공개정보 부분을 가리거나 삭제하고 제공될 수 있습니다. 5. 토털서비스(total.kcomwel.or.kr) 에 가입하시면 인터넷으로 각종 증명원을 바로 발급 받으실 수 있습니다. 6. 그 외의 서류는 정보공개청구서로 요청할 수 있습니다.			
공 통	위와 같이 신청합니다.		
	신 청 인 _____년 _____월 _____일 (서명 또는 인)		
근로복지공단		지역본부(지사)장 귀하	