附件1 荆门市长期护理保险待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | 社会保障号 |  |
| 申办类别 | 非全日居家护理（ ） 全日居家护理（ ）  养老机构护理（ ） 医院护理 （ ） | | | | | | | |
| 病种 |  | | | | | | | |
| 申请人住址 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 代理人住址 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 病情原因：      （身份证复印件粘贴处）              申请人签字：  或家属签字:  年 月 日 | | | | | | | | |
| 温馨提示：根据市有关规定，医保经办机构指定定点护理服务机构对申请人日常生活活动能力情况进行现场评估，相关工作人员将会到护理机构或家中查看患者病历资料、询问病情、查体、录音、录像以及采集指纹信息等，申请人及家属应给予积极配合。对不予配合的，将不予核准或终止护理保险待遇。  申请人：本人已认真阅读上述内容。理解并愿意配合做好上述工作。    申请人签字：  或家属签字： | | | | | | | | |
| 定点护理服务机构初次评估意见：  定点护理服务机构（公章）  负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |