滕州市长期护理保险申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保障卡号（身份证号） |  | 姓名 | |  | 性别 | |  | 年龄 |  |
| 申办类别 | 机构护理 | | | | | | | | |
| 病种 |  | | | | | | | | |
| 患者现住址 |  | | 患者联系电话 | | |  | | | |
| 申请原因：    患者签字：  或家属签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **温馨提示：**滕州市长期护理保险规定，定点护理机构及经办机构应对申请人和核准建床的患者病情及生活自理能力进行评估。因此，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，对不能配合的，将终止护理保险待遇核准。  **申明：**本人已认真阅读上述内容，理解并愿意配合做好上述工作。    患者签字：  或家属签字： | | | | | | | | | |
| 身份证复印件粘贴处：  （正面） （反面） | | | | | | | | | |
| 定点护理机构意见：    定点护理机构（公章）  评估医师签字： 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 经办机构审核意见：    经办机构（公章）  经办人签字： 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |

备注：本表一式三份，经办机构、定点护理机构、患者各一份。