附件：

长期护理保险失能等级定点评估机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  |
| 所有制性质 | 公立□民营□ | 经营性质 | 营利□非营利□ |
| 机构场所情况 | 机构场所性质 | 服务场所面积 |
| 自有□租赁□ | 建筑面积 |  |
| 租期 |  | 营业面积 |  |
| 业务管理部门 | 负责人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 信息管理部门 | 负责人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 人员构成 | 职工总人数 | 评估专家人数 | 评估员人数 | 信息系统管理员人数 | 其 他 |
|  |  |  |  |  |
| 申请单位意  见 | 法人代表签字（申请单位印章）：年     月    日 |
| 审核小组意  见 |  审核小组成员签字     年   月   日 |
| 医保经办机构审核意见 | 医保经办机构印章年     月    日 |