附件

**长期护理保险定点护理服务机构申请表**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | | | 所属城区 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  | | 联系电话 |  |
| 主要负责人 |  | 身份证号 |  | | 联系电话 |  |
| 实际控制人 |  | 身份证号 |  | | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | | | | 联系电话 |  |
| 机构类型 | □医疗机构 □养老机构 □其他企业或社会组织 | | | | | |
| 提供服务方式 | □机构护理服务 □居家护理服务 □社区护理服务 | | | | | |
| 以下根据机构类型及实际情况对应填写 | | | | | | |
| 医疗机构执业许可证号 | |  | | | | |
| 养老机构设立许可证号 | |  | | | | |
| □事业单位法人证书号 □民办非企业单位登记证书号 □营业执照号 | | | | | | |
| 机构证书号 | |  | | | | |
| 护理人员构成 | 人员类别 | 总人数 | 高级  职称 | 中级  职称 | 初级  职称 | 其他 |
| 注册医师 |  |  |  |  |  |
| 注册护士（师） |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 护理员 | 总人数 | 养老护理员 | 医疗护理员 | 长期照护师 | 其他 |
|  |  |  |  |  |
| 床位数 | 总床位数 | | | 其中护理服务专区床位数 | | |
|  | | |  | | |
| 自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为长期护理保险定点护理服务机构。  本单位承诺：本次提供的所有申请材料均真实有效，且在成为定点长护服务机构后，机构的各项软硬件不低于本机构申请时的各项条件，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。  法定代表人签字（盖章）： 单位（盖章）： | | | | | | |