**附件2**

枣庄市长期护理保险失能评定申请表

|  |
| --- |
|  |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  |
| **联系电话** |  |
| **申办类别** |  **□医疗专护 □机构护理 □居家护理**  |
| **家庭住址** |  |
| **联系人（与申请人关系）** |  | **联系电话** |  |
| **温馨提示：参保人员因年老、伤残、疾病等原因导致生活不能自理，经过治疗不能康复，连续卧床30天以上，预期达6个月以上，情况基本稳定的，可申请进行失能评定。经评定达到一定标准后，可享受长期护理保险待遇。****做出享受长期护理保险待遇决定后，进行公示，公示期满次日即为核准建床的起始日期。****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。****参保人员签字：** **（或代理人）** **年 月 日** |
| **申请人基本情况：****协议服务机构（公章）** **年 月 日** |
| **委托经办机构意见：** **委托经办机构（公章）****负责人签字：** **年 月 日** |
| **医疗保险经办机构意见：** **医疗保险经办机构（公章）****负责人签字：** **年 月 日** |

**注：本表一式三份，医疗保险经办机构、协议服务机构、参保人员各一份。**