附件 1

**申请长期护理保险失能等级评估机构材料目录**

申请单位名称（盖章）： 申请编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材 料 内 容** | **起始页码** | **结束页码** |
| **1** | 长期护理保险失能等级评估机构申请表 |  |  |
| **2** | 以下材料的正本、副本复印件（原件须同时携带） | - | - |
| （1） | 营业执照复印件 |  |  |
| （2） | 法人身份证复印件 |  |  |
| **3** | 与评估工作相适应的专业化人员名单 |  |  |
| **4** | 机构所处地理位置图及服务设施设置清单 |  |  |
| **5** | 内部管理规章制度目录 |  |  |
| **6** | 未受到行政管理部门处理或行政处罚的承诺书 |  |  |
| **7** | 其他相关材料 |  |  |
| 材料页数合计 | |  | |

填报人： 日期: 年 月 日

**长期护理保险失能等级评估机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  | 经营性质 | □非营利 □营利 |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 负责人(联系人) |  | 联系电话 |  | QQ |  |
| 照护机构类型 | □医院 □护理院 □养老机构 □评估机构 | | | | |
| 医疗护理服务配备情况  （养老机构填写） | | □内设医保定点医务室  □与定点医疗机构签订服务协议 | | | |
| 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登记号 | |  | | | |
| 设置养老机构备案回执编号 | |  | | | |
| 评估机构营业执照登记号 | |  | | | |
| □事业单位法人证书号 □民办非企业单位登记证书号 □统一社会信用代码 | | | | | |
| 机构证书号 | |  | | | |
| 申报单位  法定代表人意见 | | 本单位承诺：本表及承诺书均是本单位真实意思表示，所有数据、资料真实。  法定代表人签字： 单位（盖章）    年 月 日 | | | |