济南市长期护理保险申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | |
| 性别 |  | 年龄 |  | 申办类别 |  |
| 联系人1 |  | 联系方式 |  | 与参保人关系 |  |
| 联系人2 |  | 联系方式 |  | 与参保人关系 |  |
| 现住址  （详细地址） |  | | | | |
| 疾病诊断 |  | | | | |
| 参保类别 | □ 职工医保  □ 居民医保 | | | | |
| 是否存在  以下情况 | □ 鼻胃管留置 □ 尿管留置 □ 压疮伤口 □ 膀胱冲洗  □ 经外周静脉置入中心静脉导管留置 □ 胆道、肠道等造瘘口 | | | | |
| 温馨提示：  1.享受工伤保险支付生活护理费待遇或享受残疾人保障、军人伤残抚恤、精神疾病防治等国家法律规定范围的护理项目和费用待遇或第三方已支付护理待遇的不再享受职工长期医疗护理保险待遇。  2.申请人所提供资料须真实有效。工作人员进行现场评定时，需询问病情、进行查体、录音、录像等，申请人及家属应给予积极配合。提供虚假资料、瞒报、漏报、不配合现场评定工作的，将终止待遇评定。  3.本人已认真阅读上述内容，理解并愿意配合做好上述工作。  申请人签字：  家属签字：  家属与申请人关系：  年 月 日 | | | | | |
| 定点医护机构意见（章）： 负责人签字：  机构联系电话：  年 月  日 | | | | | |

注：本表一式两份，经办机构、定点医护机构各一份