附件

内蒙古自治区长期护理保险定点评估机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | |
| 统一社会信用代码证编号 | |  | | 执业许可证编号 （选填） | |  |
| 法定代表人(或负责人等） | |  | | 所有制形式 | |  |
| 法定代表人(或负责人等）身份证号 | |  | | 联系电话 | |  |
| 开户银行及账号 | |  | | | | |
| 机构成立时间 | |  | | 办公用房面积 | | ㎡ |
| 评估工作负责人 | |  | | 联系电话 | |  |
| 机构人员情况 | 总人数 | 评估人员 人数 | 高级职称 人数 | 中级职称 人数 | 初级职称 人数 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |
| 上年度  失能评估人次 | | 年度 人次 | | | | |
| 评估机构资格申请所附证件清单 | | | | | | |
| 序号 | 证件名称 | 证件编号 | | 发证单位 | | 是否原件 |
| 1 |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  | |  | |  |
| … |  |  | |  | |  |

本机构自愿申请长期护理保险定点评估机构，所填内容真实有效，并承诺严格按照《内蒙古自治区长期护理保险失能等级评估机构定点管理实施细则（试行）》及有关规定，承担长期护理保险评估服务工作。

申请机构（印章） 年 月 日

法定代表人（或负责人）签字（章）：