# 附件3：

# **唐山市长期护理保险定点服务机构申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | 法定代表人 |  | |
| 及联系电话 |  | |
| 机构等级  （医养、养老填写） | |  | | | | | 长护项目联系 |  | |
| 人及联系电话 |  | |
| 收费标准 | |  | | | | | 长护系统对接 |  | |
| 人及联系电话 |  | |
| 机构性质 | | □非营利性 □营利性 □公立 □民营 | | | | | | | |
| 机构地址 | | □自有 □租赁 | | | | | | | |
| 机构类别 | | □医养结合机构 □养老机构 □居家护理机构 | | | | | | | |
| 取得执业许可证或营业执照时间 | | |  | | 执业许可证或营业执照登记号 | | |  | |
| 职工人数 | | |  | | 社保参保缴费人数 | | |  | |
| 人员 | 临床医师（人数） | | | | | 护理人员（人数） | | | |
| 主任医师 | | | 副主任医师 | | 注册护士 | | | 护工 |
|  | | |  | |  | | |  |
| 填表人： | | | | | | 申请单位（公章）： | | | |

注：临床医师人数仅限医养结合机构填写。