|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **常州市长期护理保险护理服务形式信息确认表** | | | | |
| 失能人员 | 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 现居住地址 |  | | |
| 失能评估结论 |  | 失能评估结论书号 |  |
| 护理服务 形式选择 | □ 居家亲情照护 □机构上门护理 □护理辅具适配租赁  □ 养老机构护理 □ 医疗机构护理 | | | |
| 护理服务形式信息填写 | 居家护理 | 亲情照护人员 | 姓 名 |  |
| 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 与失能人员关系 |  |
| 银行账号 （本人名下借记卡） |  |
| 开户银行 |  |
| 居家上门服务机构 | 机构名称 |  |
| 辅具适配租赁机构 | 机构名称 |  |
| 定点养老机构护理 | 机构名称 |  | |
| 机构地址 |  | |
| 入住时间 |  | |
| 定点医疗机构护理 | 机构名称 |  | |
| 机构地址 |  | |
| 入住时间 |  | |
| 失能人员/委托代理人签字确认： 日期： 年 月 日  亲情照护人员签字确认： 日期： 年 月 日  定点机构签章确认： 日期： 年 月 日 | | | | |