附件2：

**鄂尔多斯市长期护理保险机构护理定点服务机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | 所属旗区 |  |
| 机构类型 | □医疗机构  □养老机构 | | | 统一社会信用代码 |  |
| □事业单位  □民办非企业  □营利机构 | | | | | |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 资质证明 | 医疗机构执业许可证号 | |  | | |
| 养老机构设立许可证号 | |  | | |
| 床位数 | 总床位数 | | 其中护理型床位数 | | |
|  | |  | | |
| 入住数 | 总入住数 | | 重度失能人员入住数 | | |
|  | |  | | |
| **本单位自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为长期护理保险定点护理服务机构。承诺如下：**本单位不存在不予受理定点申请的情形。具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件。与长护服务相关的收费项目和收费价格符合政策规定，实行收费公示和费用清单制度，不擅立收费项目、分解收费、超标准收费和重复收费，不串换服务项目，不将长护险基金不予支付的费用纳入结算范围。本次提供的所有申请材料均真实有效，且在成为定点长护服务机构后，机构的各项软硬件不低于本机构申请时的各项条件。如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。  法人代表签字（盖章）：               单位（盖章）：  申请日期： | | | | | |