

广西壮族自治区柳州市

医疗保障事业管理中心文件

柳医保中心发〔2026〕4号

关于开展长期护理保险 失能等级评估预申请工作的公告

为保障我市长期护理保险（以下简称“长护险”）参保人及时享受待遇，定于3月6日-3月31日开展长护险失能等级评估预申请工作，4月1日后长期开展正式受理工作。现将预申请事项公告如下：

一、申请条件

申请长护险失能等级评估的参保人员，应同时满足以下条件：

- （一）在我市参加长护险，并足额缴纳长护险保费满3个月；
- （二）因年老、疾病、伤残等原因导致生活不能自理，经过医疗机构或康复机构规范诊疗仍不能康复，处于失能状态持续6个月以上；
- （三）申请及享受待遇期间居住在本市行政区域内；
- （四）不属于以下不予受理失能等级评估申请的情形：
 - 1.未参加本市长护险的；
 - 2.不符合待遇享受条件的；

- 3.申请评估时，不在基本医疗保险待遇享受期内的；
- 4.依法应当由第三方责任人负担的或属于工伤等社会保险责任范围的；
- 5.申报材料不全或提供虚假材料的；
- 6.其他不予受理评估申请的情形。

二、申请材料

申请人（或委托代理人）需提交以下材料：

序号	提交材料名称	原件/复印件	特定要求
1	申请人有效身份证或户口本	复印件 (核原件)	由代理人办理的，一并提供代理人的有效身份证或户口本
2	长期护理失能等级自评表(附件1)	原件	
3	长期护理失能等级评估申请表(附件2)	原件	
4	有效的病历、疾病证明书、出院小结、与失能状态相关的医学检查检验报告等完整病历材料	复印件 (核原件)	疾病证明书需加盖医院专用章
5	申请人承诺书(附件3)	原件	
6	柳州市长期护理保险业务办理委托书(附件4)	原件	
7	柳州市长期护理保险定点机	原件	此委托书用于机构集中

	构代办业务委托书（附件5）		代办
8	柳州市长期护理保险辅助器具租用服务适配申请表（附件6）	原件	选择居家护理方式的，根据自身需求，如需申请辅助器具租用服务的提交

三、受理申请地点

（一）市本级

1. 青云服务点

地址：柳州市城中区中山西路12号鑫城大厦一楼柳州银行连塘支行；

咨询电话：0772-3815737；

2. 河东服务点

地址：柳州市城中区海关路3号嘉业温馨嘉园一层1-2号门面柳州银行海关支行；

咨询电话：0772-2879296；

3. 鱼峰服务点

地址：柳州市鱼峰区西江综合大厦鱼峰区政务服务中心一楼（鱼峰区静园路2号金科天宸小区旁）；

咨询电话：0772-3675025；

4. 柳东服务厅

地址：柳州市鱼峰区龙湖路13号柳州市市民服务中心北楼二楼；

咨询电话：0772-2802099。

（二）各县、柳江区

1. 柳江区

地址：柳江区拉堡镇九曲名邸6号楼2层（柳江大道2号）

柳江区政务服务中心医疗保障综合服务窗口；

咨询电话：0772-7210959；

2.柳城县

地址：柳城县城东大厦主楼一楼 A 区医保服务厅受理窗口；

咨询电话：0772-7616933；

3.鹿寨县

地址：鹿寨县鹿寨镇桂园路 8 号（汇一联商务楼 12 楼）待遇和结算股；

咨询电话：0772-6838067；

4.融安县

地址：融安县长安镇广场东路 3 号 3 楼 6 号窗口；

咨询电话：0772-5307871；

5.融水苗族自治县

地址：融水苗族自治县民族大道 203 号振城大厦 3 楼 70 号窗口；

咨询电话：0772-5918840；

6.三江侗族自治县

地址：三江侗族自治县古宜镇侗乡大道 22 号侗乡大厦 4 号楼 2 楼 21 号窗口；

咨询电话：0772-8615297。

四、其他注意事项

1.申请通过后，将由柳州市长护险定点失能等级评估机构安排工作人员上门进行失能等级评估，请申请人保持通讯畅通。

2.按照我市长护险相关规定，经评估认定为享受待遇的参保人可自愿选择定点护理服务机构，并签订护理服务协议。选定护理服务机构后，同种服务方式下 6 个月内不得变更护理服务机

构。

3.确定选择居家护理服务方式的参保人，在提交失能等级评估申请时可同时提交《柳州市长期护理保险辅助器具租用服务适配申请表》（附件6）。经适配评估符合配置条件的，可享受辅具租用服务待遇，并根据自身需求，在《柳州市长护险辅助器具租用服务目录》（附件7）内选择适宜产品。

4.请确保提交材料的真实性。提供虚假材料的，一经查实，取消待遇享受资格，并依法追究相关责任。

5.提前开展预申请工作，旨在收集材料、预先审核，请广大参保人合理安排时间，有序提交申请。预受理业务期间所受理申请，不计入办结时限要求。

特此公告。

- 附件：1.长期护理失能等级自评表
2.长期护理失能等级评估申请表
3.申请人承诺书
4.柳州市长期护理保险业务办理委托书
5.柳州市长期护理保险定点机构代办业务委托书
6.柳州市长期护理保险辅助器具租用服务适配申请表
7.柳州市长护险辅助器具租用服务目录

柳州市医疗保障事业管理中心

2026年3月2日

（此件公开发布）

附件 1

长期护理失能等级自评表

姓名：		性别：	身份证号：		
类别	项目	独立（2）	部分独立（1） （需要帮助）	依赖（0）	选项（填“0”， “1”，“2”即可）
a 类	进食	独立 无需帮助	部分独立 自己能吃，但需辅助	不能独立完成 部分或全部靠 喂食或鼻饲	
	洗澡	独立，无需帮助 自己能进出浴室（淋 浴、盆浴），独立洗澡	部分独立 需帮助洗一部分 （背部或腿）	不能独立完成 不能洗澡、或 大部分需帮助 洗	
	大小便 控制	独立 自己能够完全控制	部分独立 偶尔失控	不能自控 失控，需帮助 处理大小便 （如导尿、灌 肠等）	
b 类	用厕	独立，无需帮助 能独立用厕、便后拭净 及整理衣裤（可用手 杖、助步器或轮椅，能 处理尿壶、便盆）	不能独立完成 需要帮助用厕、做 便后处理（清洁、 整理衣裤）及处理 尿壶、便盆	不能独立完成 不能用厕	
	穿衣	独立，无需帮助 能独立拿取衣服，穿上 并扣好	部分独立 能独立拿取衣服及穿 上，需帮助系鞋带	不能独立完成 完全不能穿， 要靠他人拿衣 穿衣或自己穿 上部分	
	床椅 转移	独立，无需帮助 自己能下床，坐上及离 开椅、凳（可用手杖或 助步器）	不能独立完成 需帮助上、下床椅	不能独立完成 卧床不起	

综合	自评失能等级为：_____ 级（根据评级规则填 A→G 级）
说明	<p>评级规则：</p> <p>A 级：a 类 b 类所有项目均独立；</p> <p>B 级：a 类 1 项或 b 类 1-2 项依赖；</p> <p>C 级：a 类 b 类各 1 项或 b 类 3 项依赖；</p> <p>D 级：a 类 2 项或 a 类 1 项 b 类 2 项依赖；</p> <p>E 级：a 类 3 项依赖或 a 类 2 项 b 类 1-2 项依赖或 a 类 1 项 b 类 3 项依赖；</p> <p>F 级：a 类 3 项 b 类 1-2 项依赖或 a 类 2 项 b 类 3 项依赖；</p> <p>G 级：a 类 b 类所有项目均依赖。</p>
	<p>此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估，当自评等级达到 E 级、F 级、G 级时方可申请长期护理失能等级评估。</p>

附件 2

长期护理失能等级评估申请表

申请人 基本信息	姓名		身份证号	
	性别		年龄	
	民族		参保地	____省____市____县/区
	失能时长(月)		是否经过康复治疗	<input type="checkbox"/> 是, 治疗月数 ____ 月 <input type="checkbox"/> 否
	是否首次申请	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(上次评估结论出具时间: ____年__月__日)	联系电话	
	参保类别	<input type="checkbox"/> 单位职工 <input type="checkbox"/> 退休人员 <input type="checkbox"/> 未就业城乡居民 <input type="checkbox"/> 参加职工医保的灵活就业人员 <input type="checkbox"/> 其他:		
	居住状况	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶/伴侣居住 <input type="checkbox"/> 与子女居住 <input type="checkbox"/> 与父母居住 <input type="checkbox"/> 与兄弟姐妹居住 <input type="checkbox"/> 与其他亲属居住 <input type="checkbox"/> 与非亲属关系的人居住 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 其他		
	居住地址	____省____市____区/县____街道/乡(村)____		
	户籍地址	____省____市____区/县____街道/乡(村)____		
	照护者	当需要帮助时(包括患病时), 谁能来照料: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲友 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 护工 <input type="checkbox"/> 医疗人员 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他:		
监护人、 委托代理人 相关信息	本人____委托____作为代理人, 代表本人办理长期护理保险失能等级评估相关手续。			
	姓名		身份证号	
	联系电话		与申请人关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 雇佣照护者 <input type="checkbox"/> 其他
	联系地址	____省____市____区/县____街道/乡(村)____		
承诺事项	以上情况和所提供材料均真实有效, 且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实, 本人愿意承担相应法律责任。 申请人或监护人、委托代理人(签字): ____年__月__日			
经办机构(含受托第三方)受理情况				

申请人承诺书

我已经全面了解柳州市长期护理保险制度，作为参保人员，自愿申请长期护理保险待遇，并作如下承诺：

- 1.客观反映我的日常生活能力状况，绝不弄虚作假；
- 2.保证所填报信息真实无误；
- 3.保证提供的所有资料真实、有效，包括但不限于身份信息、病情证明等；
- 4.自愿接受按照《柳州市长期护理失能等级评估表》作出的失能等级评估结论；
- 5.保证未享受工伤保险基金支付生活护理费；
- 6.积极配合相关单位人员的调查、监督和管理。

以上承诺若有违反，自愿放弃享受长期护理保险待遇，且 1 年之内自愿放弃申请；若同时违法，自愿承担法律责任。

申请人或监护人、委托代理人（签字）：

年 月 日

附件 4

柳州市长期护理保险业务办理委托书

本人(委托人姓名: _____, 身份证号: _____)因 _____ (如行动不便等), 无法亲自办理相关业务, 现委托代理人(姓名: _____, 身份证号 _____)办理。委托事项(请在下列对应□内打“√”)。本人委托声明: 代理人在办理上述委托事项过程中签署的全部文书、提交的所有材料, 本人均予以承认并承担相应的法律责任。

- 失能评估初次评估申请
- 失能评估重新评估申请
- 失能评估异议复评申请
- 失能评估异议重新评估申请
- 长期护理保险定点机构协议管理相关事项中所签署文件

本委托书效力于委托事项办理结束当日自动终止。

委托人(签字并按手印): _____ 日期: ____年__月__日

代理人(签字并按手印): _____ 日期: ____年__月__日

柳州市长期护理保险 定点机构代办业务委托书

柳州市医疗保障事业管理中心：

机构名称： _____

机构代办人： _____ 身份证号： _____

联系电话： _____

我机构委托上述代办人代为提交以下参保人办理（填写
办理业务内容） _____ 资料：

1. 参保人姓名： _____， 身份证号： _____

2. 参保人姓名： _____， 身份证号： _____

3. 参保人姓名： _____， 身份证号： _____

4. 参保人姓名： _____， 身份证号： _____

.....（如有，请另行在后续增加）

我机构承诺：代办人已对上述参保人的申请资料进行初步审核，确保上述提交资料的真实性、有效性以及获取途径的合法性，同时承诺代办人已向选择居家护理服务的参保人告知可同时提交辅具租用服务申请，并承诺我机构代收的参保人所有资料不泄露、不作他用，本委托书效力于委托事项办理结束当日终止。

后附：代办人身份证复印件（须加盖单位公章）

代办人（签字并按手印）：

日期：

代办人所属机构（盖公章）：

日期：

柳州市长期护理保险辅助器具租用服务适配申请表

(由失能人员或其监护人、委托代理人填写)

申请人姓名		申请人身份证号	
现居住地址			
代理人姓名		代理人身份证号	
代理人联系电话		与申请人关系	
基金支付政策	<p>1.经评估符合待遇享受条件的失能人员选择目录内的辅具租用服务项目,在目录范围内的辅具租用费用由长护险基金支付。一个自然月内,辅具租用费用最高支付限额为 115 元,超过限额的费用由失能人员个人支付。辅具租用费用实行按日计费,自辅具入户当日起(以系统时间为准),长护险基金按规定支付辅具租用费用,自受理退租申请次日起,长护险基金停止支付辅具租用费用。</p> <p>2.失能人员不享受长护险待遇期间,长护险基金不予支付辅具租用费用。</p>		
辅具租用服务选择 (只能选 1-2 项 产品)	<input type="checkbox"/> 电动护理床		<input type="checkbox"/> 手动护理床 (二选一)
	<input type="checkbox"/> 手动轮椅		<input type="checkbox"/> 多功能浴厕轮椅车 (二选一)
	<input type="checkbox"/> 充气防褥疮垫		<input type="checkbox"/> 静态防褥疮床垫 (二选一)
<h3>告 知 书</h3> <p>根据政策规定,失能人员申请享受长期护理保险辅具租用服务,须接受适配人员入户对申请人进行辅助器具适配评估,包括自理能力评估、查看病历资料和家居环境、询问病情、检查身体健康状况等。根据需要,可能进行录音、录像等,申请人及其代理人应给予积极配合。因不配合导致无法完成辅具评估适配和确认工作的,终止受理申请。</p> <p>代理人办理申请辅具租用服务相关事宜(包括辅具租用服务申请、辅具品类选择、服务协议签订、支付费用等),视同申请人全权委托代理人办理上述事项,认可申请过程中所签署的相关资料并承担相应的法律责任。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人已认真阅读上述内容,愿意配合做好上述工作。</p> <p>申请人/代理人签字: _____ 申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			

附件 7

柳州市长期护理保险辅助器具租用服务目录

序号	产品类别	服务项目	支付标准 (元/日)	限制范围	规格要求	备注
1	电动护理床	电动调节的多功能护理床使用、维护及指导	11.5	同产品类别、同时段，限租一个产品	符合国家标准	一个自然月内，辅具租用服务费长护险基金支付限额为115元，超过限额的费用由失能人员个人支付。
2	手动护理床	手工调节的床和可拆分的床板或床垫支撑台使用、维护及指导	7.00		符合国家标准	
3	多功能手动轮椅车	双手驱动轮椅车安装使用、维护及指导	4.75	同产品类别、同时段，限租一个产品	符合国家标准	
4	多功能浴厕轮椅车		5.5		符合国家标准	
5	充气式防褥疮床垫	充气式防压疮床垫安装使用、维护及指导	2.75	同产品类别、同时段，限租一个产品，且与气床垫不重复	符合国家标准	
6	静态防褥疮床垫	基本型防压疮床垫安装使用、维护及指导	2		符合国家标准	

(此页无正文)