附件2

柳州市长期护理保险协议定点护理服务机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构地址 |  | | | | | |
| 经营性质 | □非营利 □营利 | | 所有制形式 | | □公立 □民营 □公建民营 | |
| 法人代表 |  | | 联系电话 | |  | |
| 主要  负责人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 长护险专管员 |  | | 联系电话 | |  | |
| 开户名 |  | | | | | |
| 开户行 |  | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | |
| 机构邮箱 |  | | | | | |
| 机构提供服务类型 | | □机构护理 □居家护理 | | | | |
| 机构类型 | □医疗机构 □养老机构 □居家护理服务机构 | | | | | |
| 服务场所情况 | 服务场所性质 | | | 服务场所面积 | | |
| □自有 □租用 | | | 建筑面积 | | m² |
| 租期 | 月 | | 营业面积 | | m² |
| 医疗机构执业许可证号/诊所备案凭证号 | | | |  | | |
| 机构护理床位设置 | | 长护专区（病房）床位数 张 | | | | |
| 医疗机构 | 所属类别 | □医院 □护理院（站） □社区卫生服务（站） | | | | |
| 是否为医保定点 | □是 □否 | | | | |
| 养老机构 | 养老机构设立许可证号/备案编号 |  | | | | |
| 是否为连锁机构 | □是 □否 | | | | |
| 勾选“是”填写以下项目 | | | | |
| 总公司名称 | |  | | |
| 居家护理服务机构 | 统一社会信用代码 |  | | | | |
| 审批部门 |  | | | | |
| 站点名称 |  | | | | |
| 是否为连锁机构 | □是 □否 | | | | |
| 勾选“是”填写以下项目 | | | | |
| 总公司名称 | |  | | |
| 法人代表签字： 单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |

说明:柳州市现址正常开展服务时间以营业执照/民办非企业证书/事业单位法人证书为依据，计算截止时间为2025年11月19日。