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。