

附件 1

重庆市长期护理保险 协议护理机构申请表

申 请 单 位：

申 请 时 间： 年 月 日

重庆市医疗保障局印制

| | | | | | | |
|--------|--|----------------------------------|----------|--|--------|----|
| 单位名称 | | | | | | |
| 单位地址 | | | | | | |
| 法定代表人 | | | 身份证号 | | | |
| 所有制性质 | 公立 <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/> | | 经营性质 | 营利 <input type="checkbox"/> 非营利 <input type="checkbox"/> | | |
| 申请服务类型 | 机构护理 <input type="checkbox"/> 居家护理 <input type="checkbox"/> 机构和居家护理 <input type="checkbox"/> 日间照护 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 服务场所情况 | 服务场所性质 | | 服务场所面积 | | | |
| | 自有 <input type="checkbox"/> 租赁 <input type="checkbox"/> | | 建筑面积 | | | |
| | 租期 | | 营业面积 | | | |
| 机构护理 | 床位设置 | | | | | |
| | 核定床位： 张；实际开发床位： 张；其中专护床位： 张 | | | | | |
| 业务管理部门 | 负责人 | | | 联系电话（手机） | | |
| | 业务联系人 | | | 联系电话（手机） | | |
| 信息管理部门 | 负责人 | | | 联系电话（手机） | | |
| | 业务联系人 | | | 联系电话（手机） | | |
| 人员构成 | 职工总人数 | 社保参保人数 | 劳动合同签订人数 | 劳务派遣人数 | 退休返聘人数 | 其他 |
| | | | | | | |
| | 注册护士 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人； 初级职称 人 | | | | |

| | | |
|----------------|--|----------------------------------|
| | 康复治疗师 | 共 人,其中:高级职称 人;中级职称: 人; 初级职称 人 |
| | 健康管理师 | 共 人,其中:高级职称 人;中级职称: 人; 初级职称 人 |
| | 其他工作人员 | 共 人 |
| 申请单位意见 | <p style="text-align: center;">法人代表签字(申请单位印章):</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | |
| 医保经办机构 审核意见 | <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | |