附件2

**巨鹿县长期护理保险待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | Name | 性别 | Gender | 年龄 | Age1 |
| 社会保障卡号  （身份证号） | SsNo | | | 类别 | type |
| 人员身份 | McType | | | | |
| 病种 | Disease | | | | |
| 现住址 | Address | 联系电话 | Phone | | |
| 申请原因：  AppReason      患者（家属）签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 定点服务机构意见：  NsComment  （公章）  年 月 日 | | 承办保险机构意见：  IcComment  （公章）  年 月 日 | | | | |
| 护理保险经办机构意见：  AgencyComment  （公章）  年 月 日 | | | | | |

注：本表一式两份，护理保险经办机构、定点服务机构各一份。