附件1

泰安市长期护理保险定点机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法人代表 |  | 电话 |  | 主要负责人 |  | 电话 |  |
| 经办联系人 |  | 电话 |  | 所有制形式 |  |
| 机构类别 | □医疗机构 □养老机构 □护理站□社区老年人日间照料中心 □居家养老服务站 |
| 机构提供服务类型 | □机构护理□居家上门护理 |
| 申请机构法人代表签字： 单位盖章（公章） 年 月 日 |

附件2

U

1li

泰安市申请长期护理保险定点机构承诺书

本单位自愿申请成为成泰安市长期护理保险定点机构，自愿承担泰安市长期护理保险有关业务，并严格遵守泰安市长期护理保险有关管理规定，承诺本单位对所提交资料实质内容的真实性负责，如有提供虚假资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

本单位已认真阅读《泰安市长期护理保险服务机构管理办法》，承诺在申请纳入协议管理的过程中自愿遵守《泰安市长期护理保险服务机构管理办法》的各项规定，按照长期护理保险信息系统操作规范经办业务。

法人代表签字： 单位盖章（公章）

年 月 日