**护理服务机构申报定点材料目录**

申请单位名称（盖章） 申请编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材 料 内 容** | **起始****页码** | **结束****页码** |
| **1** | 申请书 |  |  |
| **2** | 承德市长期护理保险定点服务机构申请表 |  |  |
| **3** | 医护人员信息表 |  |  |
| **4** | 工作人员信息表 |  |  |
| **5** | 设施设备信息表 |  |  |
| **6** | 护理服务机构服务收费标准情况表 |  |  |
| **7** | 护理服务机构服务收费及价目表 |  |  |
| **8** | 医疗机构、养老机构设立许可证复印件 |  |  |
| **9** | 营业执照 或法人证书或民办非企业单位登记证书、税务登记证复印件 |  |  |
| **10** | 营业场所使用面积、硬件情况设施情况说明 |  |  |
| **11** | 工作人员资质说明 |  |  |
| **12** | 从业人员资格证书、执业证书、职称证书、身份证复印件 |  |  |
| **13** | 从业人员岗前培训证、培训记录 |  |  |
| **14** | 接入长期护理保险信息系统条件说明 |  |  |
| **15** | 机构所处地理方位图 |  |  |
| **16** | 服务场所房屋产权证明或三年以上房屋租赁合同复印件 |  |  |
| **17** | 营业场所平面图 |  |  |
| **18** | 护理服务管理制度、财务会计制度、档案管理制度 |  |  |
| **19** | 用工劳动合同复印件 |  |  |
| **20** | 员工参保名单、参保缴费凭证 |  |  |
| **21** | 机构、法人、负责人征信系统证明 |  |  |
| 材料页数合计 |  |

 填报人： 日期: 年 月 日