

附件 3

## 重庆市长期护理保险失能等级评估结论书

评估对象：\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_

申请人：\_\_\_\_\_

根据《重庆市长期护理保险失能评估管理暂行办法》(渝医保办〔2021〕52号),经组织评估,评估对象目前的失能等级评估结论为:\_\_\_\_\_级,达到/未达到我市长期护理保险失能标准。

如对本评估结论不服,可以自收到本结论书之日起15个工作日内向\_\_\_\_\_申请再次评估。

失能评估机构(盖章)

年 月 日

---

注:本告知书一式三份,涂改无效,申请人、失能评估机构、委托承办机构各一份。