附件6

福州市长期护理保险失能复评结论书

XXX 【 】 号

被评定人：

身份证号：

居住地址：

根据《福州市长期护理保险失能评估管理办法》、《福州市长期护理保险失能评估标准（试行）》，你目前的失能复评结论为： 。

本评定结论为最终结论。

XXXX委托经办机构

年 月 日