附件5

编号：

福州市长期护理保险失能评估材料收讫补正告知书（存根）

 ：

你提出的长期照护保险失能等级评定申请已于 年 月 日收到，经审核，

□一、材料完整，予以收讫；

□二、材料不完整，尚欠缺：

1.

2.

 特此告知，请于 年 月 日前补正。咨询电话：

 XXX委托经办机构

 年 月 日

编号：

福州市长期护理保险失能评估材料收讫补正告知书

 ：

你提出的长期照护保险失能等级评定申请已于 年 月 日收到，经审核，

□一、材料完整，予以收讫；

□二、材料不完整，尚欠缺：

1.

2.

 特此告知，请于 年 月 日前补正。咨询电话：

 XXX委托经办机构

 年 月 日