附件7

福州市长期护理保险失能评估公示书

根据《福州市长期护理保险失能评估管理办法（试行）》 （榕医保〔202X〕X号）规定，经评估， 等 位同志符合重度失能标准，现予以公示（详见附表）。公示时间自 年 月 日至 年 月 日。如有异议，请于公示期内向福州市长期护理保险委托经办机构服务网点（\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）反映。反映时，请署真实姓名、联系地址、联系电话等，并提供必要的调查线索。

公示举报电话：

委托经办机构（盖章）

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 居住地址 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |