

连云港市医疗保险基金管理中心

连云港市职工长期护理保险待遇申请须知

尊敬的长护险参保人：

现对《连云港市长期护理保险待遇申请表》进行修改完善，为方便您办理连云港市职工长期护理保险待遇申请业务，请您仔细阅读以下内容：

一、“苏服办”、“我的连云港”APP线上申请

需要提前准备以下材料原件的高清照片在您手机中，以便进入操作界面时上传清晰影像资料。表格填写时可以参考申请单证样表，详见附件5《连云港市职工长期护理保险申请单证样表》。

1. 参保人身份证照片（正反面）/户口本或医保卡；
2. 参保人病史证明资料照片(诊断证明、检查报告、出院记录)；
3. 《连云港市职工长期护理保险待遇申请表》(附件1：可自行下载打印后如实填写)；
4. 参保人全身照片（近期状态）；
5. 参保人银行卡正反面并填写在系统中(原则上需为社保卡，参保人异地居住或选择居家上门与亲情护理相结合的服务方式，需提供并上传系统中“其他材料”模块)；
6. 代理人身份证、授权委托书(委托他人办理，需提供。附件4：可自行下载打印后如实填写)。

注意：待遇选择一栏，连云港本市居住的参保人不能选择“居家自主护理”选项。

二、长护险服务窗口申请

需要提前准备以下资料复印件并携带原件至长护险各服务窗口办理待遇申请业务。

- 1.参保人身份证照片（正反面）/户口本或医保卡；
- 2.参保人病史证明(诊断证明、检查报告、出院记录)；
- 3.《连云港市职工长期护理保险待遇申请表》(附件1:可自行下载打印后如实填写)；
- 4.《连云港市职工长期护理保险失能等级自评表》(附件2:可自行下载打印后如实填写)；
- 5.《连云港市职工长期护理保险失能等级评估申请表》(附件3:可自行下载打印后如实填写)；
- 6.参保人银行卡(原则上需为社保卡，参保人异地居住或选择居家上门与亲情护理相结合的服务方式，需提供)；
- 7.参保人全身照片（近期状态）；
- 8.代理人身份证正反面、授权委托书(委托他人办理，需提供。附件4：可自行下载打印后如实填写)。

如果您对以上内容详情还需进一步了解，请您致电
0518-80272130 80272127

连云港市医疗保险基金管理中心

2024年10月18日



附件 1

连云港市长期护理保险待遇申请表

参保人姓名		性别		身份证号	
联系电话		住址			
代理人姓名		代理人 and 参保人关系			
联系电话		代理人身份证号			
失能状态 持续时间		申请失能评估地点			
申请护理 方式	1. 定点医疗机构 ☐ 2. 定点养老服务机构 ☐ 3. 定点护理机构上门 ☐ 4. 定点护理机构上门和亲情照护相结合 ☐ 5. 在市外居住的人员 ☐				
居家亲情照 护填写项	参保人社会保障卡（银行卡）开户银行：_____ 银行账号：_____				
疾病、失能 等基本情况					
特殊疾病	1. 传染类疾病 ☐ 2. 精神疾病 ☐ 3. 有持续伤人或自伤行为 ☐ 4. 需频繁抢救或生命体征不稳的情形 ☐ 5. 其他严重疾病 ☐ _____				
特殊护理	1. 保留导尿 ☐ 2. 造瘘 ☐ 3. 鼻饲 ☐ 4. 鼻导管（面罩）给氧 ☐ 5. 褥疮 ☐ 6. 失禁性皮炎 ☐ 7. 便秘 ☐ 8. 其他 ☐ _____				
是否已享受 其他护理补 助或护理费 用应由第三 人支付	1. 是 ☐ 社会保险基金名称及护理费用金额：_____ 政府发放的护理补助部门及金额：_____ 第三人支付的护理费用金额：_____				
	2. 否 ☐ 根据《连云港市职工长期护理保险实施细则（试行）》（连医保〔2023〕44号）第三十一条规定：“失能人员已享受其他社会保险基金支付或政府补助护理费用的，不可与长护险待遇重复享受”。受理通过后，将参保人信息报送民政、人社、公安等部门核实，是否存在重复享受其他社会保险基金支付或政府补助护理费用。如存在重复享受，将停止民政残疾人护理补贴等政府补助护理费用。 <u>本人已充分理解并接受上述内容，如发生重复享受，自愿退还民政护理补贴、工伤、第三方支付等护理费用并承担相应法律责任。</u>				
参保人（代理人）签字： 年 月 日					

注意事项：

1. 本表共前后两页，请使用黑色水笔准确、规范填写本表各项信息，符合表中选项的请在“□”内打√，联系地址应写明省、市、区/县、街道/乡镇、门楼详址。
2. 不予受理的情形：未参加本市长护险、失能未满6个月、不同意参加失能等级评估、自上一次失能等级评估结论作出之日起不满3个月、应当由第三人负担或属于工伤等社会保险责任范围内、提供虚假材料等。
3. 参保人需提供的材料：参保人的身份证或户口本原件及复印件、参保人社会保障卡原件及复印件，参保人失能相关的诊断证明、门诊病历或出院记录、医学检查报告等病史资料的原件及复印件或其它可证明参保人员失能6个月以上的相关材料。
4. 代理人需提供的材料：代理人的居民身份证原件及正反面复印件，授权委托书。

连云港市长期护理保险待遇申请表续：

参保人员日常生活活动能力具体情况：

(1) 进食：

- ☐ 能用合适的餐具独立进食各种正常食物，包括用筷子、勺子或叉子等，不包括取饭、做饭
☐ 需要部分帮助（如夹菜、切割、搅拌食物等）或需要较长时间
☐ 极大或完全依赖他人

(2) 洗澡：

- ☐ 无需指导能独立完成洗澡过程（可为浴池、盆浴或淋浴）
☐ 不能独立完成，需依赖他人

(3) 修饰：

- ☐ 独立完成刷牙（包括固定假牙）、洗脸、梳头、剃须（如使用电动剃须刀者应会插插头）等
☐ 不能独立完成，需依赖他人

(4) 穿衣：

- ☐ 能独立穿脱衣服，包括系扣、开关拉链、穿脱鞋袜、系鞋带、穿脱支具等
☐ 需要部分帮助，但在正常时间内至少能独自完成一半
☐ 极大或完全依赖他人

(5) 控制大便：

- ☐ 能控制，没有失禁。如需要能使用栓剂或灌肠剂
☐ 偶尔失禁（每周少于 1 次，或需要在帮助下用栓剂或灌肠剂）
☐ 失禁或昏迷

(6) 控制小便：

- ☐ 能控制，没有失禁，如需要使用器具，能无须帮助自行处理
☐ 偶尔失禁（每 24 小时少于 1 次）
☐ 失禁或昏迷

(7) 用厕：

- ☐ 能独立进出厕所或使用便盆，无助手能解、穿衣裤和进行便后擦拭、冲洗或清洁便盆
☐ 在保持平衡、解穿衣裤或处理卫生等方面需要帮助
☐ 极大或完全依赖他人

(8) 床椅转移：

- ☐ 能独立完成床到轮椅、轮椅到床的转移全过程，包括从床上坐起，锁住车闸，移开脚踏板
☐ 需较小帮助（1 人帮助）或语言的指导、监督
☐ 可以从床上坐起，但在进行转移时需较大帮助（2 人帮助）
☐ 不能坐起，完全依赖他人完成转移过程

(9) 平地行走：

- ☐ 能独立平地行走 45 米，可以使用矫形器、假肢、拐杖、助行器，但不包括带轮的助行器
☐ 在 1 人帮助（体力帮助或语言指导）下能平地行走 45 米
☐ 如果不能走，能独立使用轮椅行进 45 米
☐ 不能完成

(10) 上下楼梯：

- ☐ 能独立完成，可以使用辅助器械
☐ 活动中需要帮助或监护
☐ 不能完成

承诺： 本人未提交任何虚假信息，本申请表前后两页填写内容均真实有效。参保人愿意接受连云港市长护险失能评估，同意将评定结果在一定范围内公示。当出现按规定须变更或停止长护险待遇情形的，将及时予以申报。如有提供虚假资料或瞒报漏报的，将按相关法律法规规定承担相应责任。

参保人（代理人）签字：

年 月 日

受理事项

受理窗口名称：

受理人员签字：

年 月 日

附件 2

连云港市长期护理失能等级自评表

项目	独立 (2)	部分独立 (1) (需要帮助)	依赖 (0)	选项
进食	独立 无须帮助	部分独立 自己能吃, 但需辅助	不能独立完成 部分或全部靠喂食或鼻饲	
穿衣	独立, 无须帮助 能独立拿取衣服, 穿上并扣好	部分独立 能独立拿取衣服及穿上, 需帮助系鞋带	不能独立完成 完全不能穿, 要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分	
大小便控制	独立 自己能够完全控制	部分独立 偶尔失控	不能自控 失控, 需帮助处理大小便 (如导尿、灌肠等)	
用厕	独立, 无须帮助 能独立用厕、便后试净及整理衣裤 (可用手杖、助步器或轮椅, 能处理尿壶、便盆)	不能独立完成 需要帮助用厕、做便后处理 (清洁、整理衣裤) 及处理尿壶、便盆	不能独立完成 不能用厕	
洗澡	独立, 无须帮助 自己能进出浴室 (淋浴、盆浴), 独立洗澡	部分独立 需帮助洗一部分 (背部或腿)	不能独立完成 不能洗澡、或大部分需帮助洗	
床椅转移	独立, 无须帮助 自己能下床, 坐上及离开椅、凳 (可用手杖、助步器)	不能独立完成 需帮助上、下床椅	不能独立完成 卧床不起	
综合	自评失能等级为: _____ 级			
说明	进食、大小便控制、洗澡为 a 类, 穿衣、用厕、床椅转移为 b 类。			
	A 级: a 类 b 类所有项目均独立; B 级: a 类 1 项或 b 类 1-2 项依赖; C 级: a 类 b 类各 1 项或 b 类 3 项依赖; D 级: a 类 2 项或 a 类 1 项 b 类 2 项依赖; E 级: a 类 3 项依赖或 a 类 2 项 b 类 1-2 项依赖或 a 类 1 项 b 类 3 项依赖; F 级: a 类 3 项 b 类 1-2 项依赖或 a 类 2 项 b 类 3 项依赖; G 级: a 类 b 类所有项目均依赖。			
	此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估, 当等级达到 E 级、F 级、G 级时方可申请长期护理失能等级评估。			

自评人 (代理人): _____

附件3

连云港市长期护理失能等级评估申请表

评估对象基本信息	姓 名		身份证号	
	性 别		年 龄	
	民 族		参保地	
	失能时间 (月)		是否经过 康复治疗	☐ 是, 治疗月数____月 ☐ 否
	是否首次 申请	☐ 是 ☐ 否	联系电话	
	保障方式	☐ 职工基本医疗保险 ☐ 城乡居民基本医疗保险 ☐ 特困供养 ☐ 最低生活保障 ☐ 其他:		
	文化程度	☐ 文盲 ☐ 小学 ☐ 中学(含中专) ☐ 大学(含大专)及以上		
	居住状况	☐ 独居 ☐ 与配偶/伴侣居住 ☐ 与子女居住 ☐ 与父母居住 ☐ 与兄弟姐妹居住 ☐ 与其他亲属居住 ☐ 与非亲属关系的人居住 ☐ 养老机构 ☐ 医院		
	居住地址	省 市 区/县 街道/乡 (村)		
照护者	当需要帮助时 (包括患病时), 谁能来照料: ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 亲友 ☐ 保姆 ☐ 护工 ☐ 医疗人员 ☐ 没有任何人 ☐ 其他:			
申请人相关信息	姓 名		与评估对象 关系	☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他亲属 ☐ 雇佣照护者 ☐ 本人 ☐ 其他
	联系电话		身份证号	
	联系地址	省 市 区/县 街道/乡 (村)		
承诺事项	以上情况和所提供材料均真实有效, 且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实, 本人愿意承担相应法律责任。 申请人 (签字): _____ 年 月 日			
经办机构(含受托 第三方)受理事项				

附件 4

授权委托书

本人（姓名）：_____身份证号：_____ 无法前来
办理长期护理保险事宜，现全权委托（姓名）：_____
身份证号：_____（先生 / 女士），携授权人身份
证原件等材料，前往长期护理保险服务中心办理长期护理保
险一切事宜。

委托人及受托人声明：

1. 委托人及受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠
纷委托人及受托人自愿承担相应责任。
2. 受托人严格遵循委托人的真实意愿，所实施的行为如超
出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

委托人签名（按手印）：

受托人签名（按手印）：

联系电话：

联系电话：

年 月 日

年 月 日

附件5

连云港市长期护理保险待遇申请表

参保人姓名	张三	性别	男	身份证号	3207*****
联系电话	13811111111	住址	江苏省连云港市海州区新东街道瑞城嘉园*幢*单元**室		
代理人姓名	张三一	代理人 and 参保人关系		父子	
联系电话	13822222222	代理人身份证号		3207***** 请精确到门牌号	
失能状态持续时间	10个月	申请失能评估地点		江苏省连云港市海州区新东街道瑞城嘉园*幢*单元**室	
申请护理方式	1. 定点医疗机构 ☐ 2. 定点养老服务机构 ☐ 3. 定点护理机构上门 ☐ 4. 定点护理机构上门和亲情照护相结合 ☒ 5. 在市外居住的人员 ☐				
居家亲情照护填写项	参保人社会保障卡（银行卡）开户银行： <u>江苏银行</u> 银行账号： <u>6228*****</u> 请填写参保人本人银行账号				
疾病、失能等基本情况	因脑梗曾做过开颅手术，现全身瘫痪 请简单描述参保人员患病情况及当前状态				
特殊疾病	1. 传染类疾病 ☐ 2. 精神疾病 ☐ 3. 有持续伤人或自伤行为 ☐ 4. 需频繁抢救或生命体征不稳的情形 ☐ 5. 其他严重疾病 ☐				
特殊护理	1. 保留导尿 ☐ 2. 造瘘 ☐ 3. 鼻饲 ☐ 4. 鼻导管（面罩）给氧 ☐ 5. 褥疮 ☒ 6. 失禁性皮炎 ☐ 7. 便秘 ☐ 8. 其他 ☐				
是否已享受其他护理补助或护理费用应由第三人支付	1. 是 ☐ 社会保险基金名称及护理费用金额：_____ 政府发放的护理补助部门及金额：_____ 第三人支付的护理费用金额：_____				
	2. 否 ☒ 根据实际情况填写 根据《连云港市职工长期护理保险实施细则（试行）》（连医保〔2023〕44号）第三十一条规定：“失能人员已享受其他社会保险基金支付或政府补助护理费用的，不可与长护险待遇重复享受”。受理通过后，将参保人信息报送民政、人社、公安等部门核实，是否存在重复享受其他社会保险基金支付或政府补助护理费用。如存在重复享受，将停止民政残疾人护理补贴等政府补助护理费用。 <u>本人已充分理解并接受上述内容，如发生重复享受，自愿退还民政护理补贴、工伤、第三方支付等护理费用并承担相应法律责任。</u> 参保人（代理人）签字：张三一 202*年 * 月 * 日				

注意事项：

1. 本表共前后两页，请使用黑色水笔准确、规范填写本表各项信息，符合表中选项的请在“□”内打√，联系地址应写明省、市、区/县、街道/乡镇、门楼详址。
2. 不予受理的情形：未参加本市长护险、失能未满6个月、不同意参加失能等级评估、自上一次失能等级评估结论作出之日起不满3个月、应当由第三人负担或属于工伤等社会保险责任范围内、提供虚假材料等。
3. 参保人需提供的材料：参保人的身份证或户口本原件及复印件、参保人社会保障卡原件及复印件，参保人失能相关的诊断证明、门诊病历或出院记录、医学检查报告等病史资料的原件及复印件或其它可证明参保人员失能6个月以上的相关材料。
4. 代理人需提供的材料：代理人的居民身份证原件及正反面复印件，授权委托书。

连云港市长期护理保险待遇申请表续：

根据实际情况如实勾选，共10题，注意不要漏选

参保人员日常生活活动能力具体情况：

(1) 进食：

- ☒能用合适的餐具独立进食各种正常食物，包括用筷子、勺子或叉子等，不包括取饭、做饭
☐需要部分帮助（如夹菜、切割、搅拌食物等）或需要较长时间
☐极大或完全依赖他人

(2) 洗澡：

- ☒无需指导能独立完成洗澡过程（可为浴池、盆浴或淋浴）
☐不能独立完成，需依赖他人

(3) 修饰：

- ☒独立完成刷牙（包括固定假牙）、洗脸、梳头、剃须（如使用电动剃须刀者应会插插头）等
☐不能独立完成，需依赖他人

(4) 穿衣：

- ☐能独立穿脱衣服，包括系扣、开关拉链、穿脱鞋袜、系鞋带、穿脱支具等
☒需要部分帮助，但在正常时间内至少能独自完成一半
☐极大或完全依赖他人

(5) 控制大便：

- ☒能控制，没有失禁。如需要能使用栓剂或灌肠剂
☐偶尔失禁（每周少于 1 次，或需要在帮助下用栓剂或灌肠剂）
☐失禁或昏迷

(6) 控制小便：

- ☒能控制，没有失禁，如需要使用器具，能无须帮助自行处理
☐偶尔失禁（每 24 小时少于 1 次）
☐失禁或昏迷

(7) 用厕：

- ☐能独立进出厕所或使用便盆，无助手能解、穿衣裤和进行便后擦拭、冲洗或清洁便盆
☒在保持平衡、解穿衣裤或处理卫生等方面需要帮助
☐极大或完全依赖他人

(8) 床椅转移：

- ☐能独立完成床到轮椅、轮椅到床的转移全过程，包括从床上坐起，锁住车闸，移开脚踏板
☒需较小帮助（1人帮助）或语言的指导、监督
☐可以从床上坐起，但在进行转移时需较大帮助（2 人帮助）
☐不能坐起，完全依赖他人完成转移过程

(9) 平地行走：

- ☐能独立平地行走 45 米，可以使用矫形器、假肢、拐杖、助行器，但不包括带轮的助行器
☐在 1 人帮助（体力帮助或语言指导）下能平地行走 45 米
☒如果不能走，能独立使用轮椅行进 45 米
☐不能完成

(10) 上下楼梯：

- ☐能独立完成，可以使用辅助器械
☒活动中需要帮助或监护
☐不能完成

承诺： 本人未提交任何虚假信息，本申请表前后两页填写内容均真实有效。参保人愿意接受连云港市长护险失能评估， 同意将评定结果在一定范围内公示。当出现按规定须变更或停止长护险待遇情形的，将及时予以申报。如有提供虚假资料或瞒报漏报的，将按相关法律法规规定承担相应责任。

参保人（代理人）签字： 张三一

202* 年 * 月 * 日

受理事项

受理窗口名称： 人保财险连云港市分公司
海州支公司

受理人员签字： 李四 柜台经办人员签名

202* 年 * 月 * 日

授权委托书

参保人姓名

本人（姓名）：张三 身份证号：3207***** 无法前来
办理长期护理保险事宜，现全权委托（姓名）：张三一
身份证号：3207*****（先生 / 女士），携授权人身份
证原件等材料，前往长期护理保险服务中心办理长期护理保
险一切事宜。

委托人及受托人声明：

1. 委托人及受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷委托人及受托人自愿承担相应责任。
2. 受托人严格遵循委托人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

参保人签字并按手印

委托人签名（按手印）：张三

联系电话：13811111111

参保人联系电话

202* 年 * 月 * 日

代理人签字并按手印

受托人签名（按手印）：张三一

联系电话：13822222222

代理人联系电话

202* 年 * 月 * 日