

附件 4

重庆市长期护理保险失能等级再次评估结论书

评估对象：_____

身份证号码：_____

申请人：_____

您对_____（失能评估机构）于_____年___月___日出具的关于_____（评估对象）的《重庆市长期护理保险失能等级评估结论书》的评估结论有异议，提出再次评估申请。

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）组织再次评估，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。

本评估结论为最终结论。

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。