

附件 2

## 重庆市长期护理保险 失能等级评估申请不予受理情况告知书

\_\_\_\_\_ ( 申请人 ):

您于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日提交的关于\_\_\_\_\_ ( 参保人姓名、身份证号码 ) 的长期护理失能等级评估申请已收悉, 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 ), 经我单位核实, 您本次的申请不予受理, 原因为:

申请时无含申请当月前连续参加我市职工医保 24 个月 ( 含 ) 以上的参保缴费记录 ( 含视同缴费年限 )。

未经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月 ( 含 ) 以上。

根据《长期护理失能等级自评表》自行评估未达到 E、F、G 级。

与最近一次评估结论时间间隔未达到 6 个月 ( 含 ) 以上。

您可在评估对象达到上述条件后再次申请。

如对本结论不服, 可以于收到本决定书之日起六十日内向\_\_\_\_\_人民政府申请复议, 也可以于六个月内依法向\_\_\_\_\_人民法院提起行政诉讼。

区县医保部门 ( 盖章 )

年 月 日

---

注: 本告知书一式三份, 涂改无效, 申请人、区县医保部门、委托承办机构各一份。