**广州市长护险补贴申请人员基本信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 失能申请人信息 | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | |
| 现居住地址 | | 省 市 区 | | | | | |
| 性质 | 在职 🞎 退休 🞎 城乡居民 🞎 | | | | | | |
| 状态 | 不能自理 🞎 半自理 🞎 部分自理 🞎 自理 🞎 | | | | | | |
| 原因 （可多选） | 心脏疾病🞎 肺部疾病🞎 肾脏疾病🞎 恶性肿瘤🞎 帕金森🞎  阿尔茨海默症🞎 先天性疾病🞎 外伤🞎 烧伤🞎 车祸🞎  工伤🞎 痴呆🞎 脑瘫🞎 残疾🞎 瘫痪🞎 其他疾病： | | | | | | |
| 起止时间 | 年 月至今持续 年 月 | | | | | | |
| 代理人信息 | 姓 名 |  | 性别 |  | 与申请人关系 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | |
| 移动电话 | |  | | | | | |
| 护理人信息 | 聘请照护🞎 家属（亲属照护🞎 长期🞎 短期🞎 临时🞎  按年计工🞎 按月计工🞎 按时计工🞎 其他： | | | | | | | |
| 男🞎 女🞎 外地🞎 本地🞎 无证🞎 有证🞎 其他： | | | | | | | |
| 备注 | 1、申请人仅限广州行政区域内的社会医疗保险参保人（职工医保、城乡居民)均可申请  2、申请人年龄不受限制 | | | | | | | |

填表日期： 年 月 日