附件2

**吉林省长期护理保险失能等级评估结论书**

**评估对象：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**申请人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**根据《吉林省长期护理保险失能等级评估管理暂行办法》（吉医保\*〔2022〕\*\*号），经组织评估，评估对象目前的失能等级评估结论为： 级，达到/未达到长期护理保险待遇享受标准。**

**如对本评估结论不服，可以自收到本结论书之日起 15 个工作日内向 申请复评。**

**评估机构（盖章）**

**年 月 日**

**注：本结论书一式三份，涂改无效，申请人、失能评估机构、委托承 办机构各一份。**