附件4

长期护理保险失能评估费结算明细表

|  |
| --- |
| XXX护理机构XX月失能评估费用结算明细表 |
| 序号 | 县域 | 被评估人 | 是否通过 | 生活评估员 | 医学评估员 | 评估日期 | 评估费 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |
| 制表人： | 护理机构签收人： | 日期： |