

索引号:	11220000MB19566296/2025-00665	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2025 年 04 月 09 日
标题:	关于印发《吉林省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》的通知		
发文字号:	吉医保规〔2025〕2 号	发布日期:	2025 年 04 月 09 日

关于印发《吉林省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》的通知

各市（州）医疗保障局、长白山管委会医疗保障局、梅河口市医疗保障局：

为加强长期护理保险护理服务机构定点管理, 规范服务行为, 提高长期护理保险基金使用效能, 保障享受长期护理保险待遇的参保人员合法权益, 吉林省医疗保障局根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局 2 号令），国家医保局办公室《关于印发长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）的通知》（医保办发〔2024〕21 号）《关于印发长期护理保险经办规程（试行）的通知》（医保办发〔2024〕22 号）等有关规定, 制定了《吉林省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》，现印发给你们, 请认真抓好贯彻实施。

吉林省医疗保障局
2025 年 4 月 8 日

吉林省长期护理保险护理服务机构 定点管理实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 为加强长期护理保险护理服务机构（以下简称“定点长护服务机构”）定点管理, 规范护理服务行为, 提高长期护理保险基金使用效能, 保障享受长期护理保险待遇的参保人员（以下简称“参保人员”）合法权益, 根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局 2 号令），国家医保局办公室《关于印发长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）的通知》（医保办发〔2024〕21 号）《关于印发长期护理保险经办规程（试行）的通知》（医保办发〔2024〕22 号）等相关规定, 结合我省实际, 制定本实施细则。

第二条 长护服务机构定点管理坚持以人民健康为中心, 遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则, 引导长护服务机构规范长期护理服务行为, 提升长期护理服务质量, 推动长期服务专业化, 为参保人员提供更加适宜和专业的长期护理服务。

定点长护服务机构是指依法成立, 经审核合格后与各统筹区医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）签订长期护理保险服务协议（以下简称“长护协议”）, 为参保人员提供长期护理服务的养老机构、医疗机构或者业务范围包括养老服务、照护服务、护理服务的其他服务机构。

第三条 吉林省医保行政部门负责监督和指导全省长护服务机构定点管理有关规定的执行和落实。各统筹区医保行政部门负责执行长护服务机构定点管理有关规定，并对本统筹区医保经办机构、定点长护服务机构执行情况进行监督和指导。

吉林省医保经办机构负责制定我省长护协议范本，指导各统筹区加强和完善长护协议管理。各统筹区医保经办机构负责确定定点长护服务机构，与定点长护服务机构签订长护协议，开展协议管理、费用审核结算、绩效考核等相关工作。

第四条 本实施细则适用于实施长期护理保险制度地区的长护服务机构定点管理工作。

第二章 定点长护服务机构确定

第五条 各统筹区医保经办机构应根据参保人员的长期护理服务需求、长期护理保险基金的收支情况以及长期护理服务资源等情况，统筹规划区域内定点长护服务机构的配置，夯实长护服务机构定点管理工作的基础。

第六条 定点长护服务机构实行属地管理。符合下列条件的养老机构、医疗机构或其他服务机构，可以自愿向所属统筹区医保经办机构申请成为定点长护服务机构。

（一）养老机构，指依法办理登记，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务，床位数在 10 张以上的机构；

（二）医疗机构，指已取得卫生健康部门颁发的医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证的机构；

（三）其他服务机构，指依法登记成立的从事养老服务、照护服务或者护理服务的法人机构。

经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构，符合本实施细则第七条规定的，也可以申请成为定点长护服务机构。

第七条 申请成为定点长护服务机构应当同时具备以下条件：

（一）具备法人资格，遵守国家和省市有关法律法规；

（二）配备长期照护师和养老护理员、医疗护理员或者由省级医保行政部门确定符合条件的相关人员，人员类型、数量与服务能力、服务范围相匹配，且已签订劳动合同或用工合同，并参加社会保险；

（三）配备专（兼）职长护管理人员，熟悉长期护理保险政策规定及要求，且已签订劳动合同或用工合同，并参加社会保险；

（四）具有与长期护理保险政策规定相适应的服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度；

（五）具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件；

（六）与长护服务相关的收费项目和收费价格符合政策规定；

（七）符合法律法规和省级及以上医保行政部门规定的其他条件。

申请提供医疗护理服务的长护服务机构同时应当符合吉林省卫生健康部门的有关规定。

第八条 定点长护服务机构提供的长期护理服务类型主要分为居家护理、机构护理和社区护理。

（一）居家护理，是指长护服务机构在参保人员所居住的家庭住所内为参保人员提供长期护理服务。

提供居家护理服务的定点长护服务机构应当配备专业护理服务团队，长期照护师等护理服务人员不少于4人；具备医疗资质的，医护人员不少于2人。

（二）机构护理，是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务。

提供机构护理服务的定点长护服务机构应配备长期照护师等护理服务人员及设备设施。其中，具备医疗资质的，医师和护士（师）各不少于2人。长期护理服务能力在100（含）人以上的，应当成立长护管理内设工作机构，并配备专职管理人员。

（三）社区护理，是指长护服务机构以社区为依托为参保人员提供就近就便、非全日的长期护理服务。

提供社区护理服务的定点长护服务机构应当配备专业护理服务团队，长期照护师等护理服务人员不少于4人；具备医疗资质的，医护人员不少于2人。

鼓励有条件的地区，探索长护服务机构开展社区护理服务。

第九条 养老机构、医疗机构或其他服务机构向各统筹区医保经办机构申请成为定点长护服务机构，应至少提供以下材料：

（一）吉林省长期护理保险定点护理服务机构申请表；

（二）医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执、营业执照、法定代表人身份证等资质文件材料复印件；

（三）社会工作者资格证书或养老护理员的资格证书、医学或护理学工作人员的资格证书和注册证，以上工作人员的劳动合同和参加社会保险的参保证明，聘用已退休人员提供其退休证等证件材料复印件；

（四）长期护理保险管理的内部管理和运营制度，长期护理保险的管理人员任职文件；

（五）正式运营的财务账目，耗材采购等佐证材料、服务量，以及具备承担服务能力的有关材料；

（六）与医保信息平台等系统有关的材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告，符合政策规定的收费项目和收费价格表；

（八）承诺书；

（九）按相关规定要求的其他材料。

第十条 长护服务机构提出定点申请，各统筹区医保经办机构应当及时受理并组织对申请材料进行形式审查。对申请材料不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当告知并说明理由。

第十一条 形式审查通过后，各统筹区医保经办机构通过书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织开展综合审核。审核小组成员由长护管理、养老服务、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成，审核小组成员人数不少于5人且为单数。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，长护服务机构补充材料的时间不计入审核期限。审核内容包括：

（一）是否符合区域内定点长护服务机构配置规划；

（二）是否具备医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执等资质文件材料；

（三）是否具有与服务功能相匹配的基础设备设施；

（四）长期照护师、养老护理员、医师、护士（师）等护理

服务人员数量、执业资质等信息是否符合有关规定；

（五）是否具有与长期护理保险政策规定相关的内部管理制度等材料；

（六）是否具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台按接口标准进行对接的条件；

（七）与长护服务相关的收费项目和收费价格是否符合政策规定；

审核结果分为合格和不合格。各统筹区医保经办机构应当将审核结果报同级医保行政部门备案。对审核合格的，将其纳入拟签订协议的长护服务机构名单，并向社会公示，公示时间不少于 5 个工作日。对审核不合格的，应当告知其理由，并提出整改建议；自结果告知送达之日起，3 个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1 年内不得再次提出定点管理申请。

第十二条 各统筹区医保经办机构与审核合格且通过公示的长护服务机构协商谈判，达成一致的，由各统筹区医保经办机构与长护服务机构签订长护协议并向同级医保行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为 1 年；续签协议的，可以根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，协议期最长不超过 3 年。

第十三条 定点长护服务机构设立分支机构或者多个站点的，新增机构（站点）应当按要求申请定点管理。

第十四条 长护服务机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）受到相关行政部门行政处罚（处理），但未完全履行处罚（处理）责任；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请定点管理，自发现之日起未满 3 年；

（三）因违法违规或者严重违反协议约定而被解除协议未满 3 年，或者已满 3 年但未完全履行违约责任；

（四）法定代表人、主要负责人、实际控制人或者股东设立长期护理保险失能等级评估机构；

（五）法定代表人、主要负责人或者实际控制人被列入严重失信名单；

（六）法定代表人、主要负责人或者实际控制人因严重违法违规造成长期护理保险基金重大损失或者严重不良社会影响，被禁止从事定点长护服务机构管理活动不满 5 年；

（七）法律法规和规章规定的其他不予受理的情形。

第十五条 各统筹区医保经办机构应当向社会公布签订长护协议的定点长护服务机构信息，包括名称、地址、联系电话、服务类型等信息，供参保人员或者其监护人、委托代理人选择。

第十六条 为适应统筹层次分级管理，市级统筹运行模式下，地市级医保经办机构可根据工作实际，授权县级医保经办机构组织受理、评估、签订医保协议或日常管理等工作；省级统筹运行模式下，省级医保经办机构可根据工作实际，授权县级医保经办机构（及地市级本级）组织受理、评估、签订医保协议或日常管理等工作。

第十七条 省本级与长春市、延边州本级与延吉市医保经办机构应遵循医保定点资格同城互认的原则，在统筹区确定的定点长护服务机构的资源配置规划内，互认居家护理、机构护理、社区护理的评估结果。

第三章 定点长护服务机构运行管理

第十八条 定点长护服务机构具有为参保人员提供合规长护服务后获得长期护理保险结算费用，提出变更、中止或者解除长护协议，要求医保经办机构全面诚信履行协议，对完善定点管理有关规定提出意见建议等权利。

定点长护服务机构应当与参保人员或者其监护人、委托代理人签订服务合同。

定点长护服务机构发现参保人员失能状态与评估等级不符，或者参保人员死亡、住院、长期到统筹地区外居住等情况，应当及时向医保经办机构报告。报告中包含且不限于以下内容：姓名、身份证号、失能等级、就诊医院、相关疾病、离院时间、回院时间、不在院原因等。

第十九条 定点长护服务机构应当核验参保人员的有效身份凭证，按照护理服务计划、行业规范等为参保人员提供服务，并如实记录服务内容，按照“一人一档”的原则为参保人员建立护理服务文书电子档案。档案中包含且不限于以下材料：身份证复印件、社会保障卡复印件、风险知情书、日常生活活动能力评估表、有效的诊断书和病历以及出入院记录、居家护理服务协议、居家护理服务计划等。

第二十条 定点长护服务机构应当制定服务流程和服务标准，确保护理服务一致性和规范性。

第二十一条 定点长护服务机构应当通过全国统一的医保信息平台长期护理保险功能模块，或者自建护理服务内部管理系统并与全国统一的医保信息平台对接，实现长期护理保险服务等数据信息的管理与传输。

第二十二条 定点长护服务机构应当及时维护机构、人员等编码信息，对护理服务人员实行实名制管理，强化技能培训，规范服务行为，提高服务质量。建立护理服务人员动态管理机制，如有变更，则自变更之日起3个工作日内，向医保经办机构提供护工、居家护理服务人员变更信息。建立工作质量考核评价体系，根据人员、设备等情况以及承办能力，合理安排和承接医疗护理保险服务，确保参保人员医疗护理服务质量。

第二十三条 定点长护服务机构应当按要求配合医保经办机构开展定点机构医保费用结算、清算工作。在费用发生次日内完成医保费用足额对账，在每月初将完成对账的费用申报到各统筹区医保经办机构，申请医保费用结算，并在规定时间内提交定点长护服务机构结算表单。清算时，及时确认清算数据，提交相关材料。

第二十四条 定点长护服务机构应当自觉加强行业自律，遵守国家和地方政府有关服务价格管理的法律、法规、标准和规范，全面实行收费公示和费用清单制度。医疗护理服务价格参照当地定点医疗机构医疗服务（项目名称、服务产出、价格构成、加收项、扩展项、项目内涵、计价单位、收费标准等）价格政策执行。生活照护服务可以由定点长护服务机构按照公平合理、诚实守信、质价相符的原则确定收费价格，价格具有公允性，同行同业态比价具有经济性优势。定点长护服务机构应当按国家、省长期护理服务项目和价格标准等规定进行收费。

第二十五条 定点长护服务机构不得重复、分解收取护理服务费用，或者收费价格高于公示价格，向参保人员提供长期护理保险保障范围外的服务事项应当事先征得参保人员或者其监护人、委托代理人书面同意，不得实行不公平、歧视性高价，不得故意虚高价格或哄抬价格，同一项目收费价格不得高于非参保人员收费价格。

第二十六条 定点长护服务机构应当配合医保行政部门做好长期护理服务价格、用量等监测工作。

第二十七条 定点长护服务机构应当按规定悬挂统一的定点标识，公布医疗保险监督举报电话，并向参保人员宣传长期护理保险政策、入住结算流程及医疗护理服务内容等。

第二十八条 定点长护服务机构应当参加医保行政部门或者医保经办机构组织的长期护理保险相关宣传和培训。

第二十九条 定点长护服务机构应当定期检查本单位长期护理保险基金使用情况，及时纠正不规范使用基金的行为，不得重复结算、超标准结算，不得为其他长护服务机构或者其服务对象提供结算。

第三十条 定点长护服务机构应当配合医保经办机构开展长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效考核等工作，及时向医保行政部门提供长期护理保险基金使用监督管理、协议管理等所需信息。

第三十一条 定点长护服务机构应当按规定向医保经办机构据实传送长期护理保险相关全量数据信息，并动态更新数据，确保真实准确。

第三十二条 定点长护服务机构应当在法律法规规定的目的和范围内收集、使用数据信息，遵守数据信息安全有关法律法规制度，保护参保人员隐私。

第四章 经办服务管理

第三十三条 医保经办机构具有及时全面掌握本统筹地区定点长护服务机构运行管理情况，从定点长护服务机构获得长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效考核和财务记账等所需资料的权利。

第三十四条 医保经办机构应当规范服务管理行为，优化定点申请、综合审核和协议管理等经办流程，对定点长护服务机构进行长期护理保险政策、定点管理有关规定等的宣传培训，为定点长护服务机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第三十五条 医保经办机构应当建立健全内部控制制度，明确定点长护服务机构确定、费用审核、结算拨付等岗位责任，建立完善风险防控机制。

第三十六条 参保人员长护服务费用中应当由长期护理保险基金支付的部分，由医保经办机构与定点长护服务机构直接结算。

医保经办机构应当落实长期护理保险支付政策，强化长期护理保险基金支出管理，通过智能审核、实时监控等方式及时审核长护服务费用，及时拨付符合规定的长期护理保险费用。

第三十七条 医保经办机构应定期进行申报、结算工作。在规定时间内，完成定点长护服务机构已按规定申报长护险基金的结算拨付。

第三十八条 医保经办机构应当加强定点长护服务机构协议履行情况的考核，考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩，考核情况报同级医保行政部门。

第三十九条 医保经办机构应当遵守数据信息安全有关法律法规制度，保护参保人员个人信息，确保长期护理保险数据安全。

第四十条 医保经办机构发现定点长护服务机构存在违反协议约定情形的，可相应采取以下处理方式：

（一）公开通报；

（二）约谈定点长护服务机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；

- (三) 暂停新增长期护理保险服务对象；
- (四) 暂停或者不予拨付长期护理保险费用；
- (五) 追回已支付的违规长期护理保险费用；
- (六) 要求定点长护服务机构按照协议约定支付违约金；
- (七) 中止相关责任方（人员）提供涉及长期护理保险基金使用的服务；
- (八) 中止或者解除长护协议。

第四十一条 医保经办机构违反长护协议的，定点长护服务机构有权要求纠正，或者提请医保经办机构同级医保行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医保行政部门发现医保经办机构存在违反长护协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

第五章 定点长护服务机构动态管理

第四十二条 定点长护服务机构名称、等级、法定代表人、主要负责人或者实际控制人、注册地址、银行账户、机构性质和类别、核定床位数（护理床位）、服务类型、服务内容、收费价格等重大信息发生变更的，应当自有关部门批准、备案或者发生变更之日起 30 个工作日内向医保经办机构提出变更申请，联系人、联系电话等其他一般信息变更应当及时告知。

定点长护服务机构因违法违规被调查、处理期间不得申请变更信息。

定点长护服务机构法定代表人除因上级机关任免、丧失民事行为能力原因外发生变更的，应当参照定点流程重新申请定点管理。

第四十三条 省本级与长春市、延边州本级与延吉市医保经办机构应遵循同城互认的原则，在统筹区确定的定点长护服务机构的资源配置规划内，互认定点服务机构重大信息的变更结果，无需再次开展变更工作。

第四十四条 协议续签由定点长护服务机构提前 3 个月向医保经办机构提出申请。医保经办机构和定点长护服务机构就协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和考核情况等决定是否续签。协商一致的可以续签协议，续签时需审核医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执、营业执照等材料；未达成一致的，协议到期后自动终止。

第四十五条 长护协议中止是指医保经办机构与定点长护服务机构暂停履行长护协议约定，中止期间发生的长期护理保险费用不予结算。中止时间原则上不超过 6 个月。中止期结束时，长护协议未到期的继续履行，长护协议到期的自动终止。

定点长护服务机构有下列情形之一的，医保经办机构应当中止协议：

- (一) 重大信息发生变更且未在规定时间内提出变更申请；
- (二) 未按规定向医保行政部门或者医保经办机构提供所需信息或者提供的信息不真实；
- (三) 对长期护理保险基金安全或者参保人员权益可能造成重大风险；
- (四) 未完全履行协议被要求限期整改，未能在限期内完成整改且经两次以上约谈仍不能完成整改；
- (五) 法律法规和规章规定或者协议约定的应当中止的其他情形。

第四十六条 长护协议解除是指医保经办机构与定点长护服务机构之间的协议关系不再存续，长护协议解除后产生的长期护理保险费用，长期护理保险基金不再予以结算。

定点长护服务机构有下列情形之一的，医保经办机构应当解除协议：

（一）超出执业许可范围或者地址开展长护服务；

（二）医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执、营业执照等资质文件注销、被吊销、年检不合格、过期失效等，或者营业执照变更后经营范围不符合本实施细则第六条规定的条件；

（三）因买卖、转让、重组等情形导致经营主体发生重大变化，严重影响协议履行；

（四）法定代表人、主要负责人或者实际控制人不能履行协议，或者有严重违法失信行为；

（五）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点管理资质或资格；

（六）12个月内累计2次中止协议，或者中止协议期间整改不到位；

（七）以虚假宣传、利益诱导等手段进行服务促销且情节恶劣；

（八）拒绝、阻挠监督检查或者因违反长期护理保险政策规定造成恶劣影响被医疗保障、审计等部门通报；

（九）以伪造或者变造的护理服务记录、账目、费用单据、上传数据、会计凭证、电子信息等有关资料，进行长期护理保险费用结算；

（十）诱导、协助、串通他人冒名提供虚假证明材料进行长期护理保险费用结算；

（十一）为其他长护服务机构或者其服务对象提供长期护理保险费用结算，出借长期护理保险相关资质或者资格；

（十二）经查实有欺诈骗保行为；

（十三）自愿提出解除协议并经协商一致；

（十四）法律法规和规章规定或者协议约定的应当解除的其他情形。

第四十七条 定点长护服务机构自愿中止、解除协议或者不再续签协议的，提前3个月向医保经办机构提出申请，且需妥善安置相关人员，并完成参保人员的结算。

第四十八条 定点长护服务机构和医保经办机构在协议签订、履行阶段发生的争议，可以通过协商解决或者要求医保经办机构同级医保行政部门协调处理，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第四十九条 医保经办机构应当将中止、解除协议的定点长护服务机构基本信息及时报同级医保行政部门备案，向社会公布中止、解除协议的定点长护服务机构名单，并督促长护服务机构做好参保人员服务转接工作。

第五十条 地市级及以上统筹地区医保经办机构与定点长护服务机构中止或解除医保协议，该服务机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第五十一条 解除协议的定点长护服务机构应当及时撤除定点标识。

第五十二条 定点长护服务机构造成长期护理保险基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其法定代表人、主要负责人或者实际控制人5年内禁止从事定点长护服务机构管理活动；对其他相关人员暂停3个月至12个月的长期护理保险基金支付资格，情节严重的，限制1年至3年从事长期护理保险服务；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十三条 涉及暂停长期护理保险相关资格、暂停或者不予拨付费用、被限制从业的机构或者人员，影响期满后向医保经办机构提出恢复申请，经审核通过后予以恢复长期护理保险基金使用或者从业资格。

第六章 监督管理

第五十四条 医保行政部门对医保经办机构定点申请受理、综合审核、协议签订及履行、长期护理保险费用审核和拨付、内部控制制度建设等进行监督和指导。

医保行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点长护服务机构协议履行情况、长期护理保险基金使用情况、长护服务行为、购买涉及长期护理保险基金使用的第三方服务等进行监督。

医保行政部门根据需要，可以联合相关部门开展联合执法检查，建立综合监管工作机制，形成监管合力，协调解决监管难点问题。

第五十五条 医保经办机构发现定点长护服务机构存在违约行为，应当及时按照协议予以处理。

医保经办机构作出中止或者解除协议、对定点长护服务机构相关责任方（人员）暂停长期护理保险基金支付资格或者限制一定期限从事长期护理保险服务等处理时，应当及时报告同级医保行政部门。

医保行政部门发现定点长护服务机构存在违约情形的，应当及时责令医保经办机构按照长护协议处理，医保经办机构应当及时按照长护协议处理。

第五十六条 医保行政部门、医保经办机构应当拓宽监督途径，创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员、信用管理等方式对定点长护服务机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第七章 附 则

第五十七条 各统筹区医保经办机构可以根据实际情况，在吉林省医保经办机构制定的长护协议范本的基础上，制定本地区长护协议范本。

第五十八条 根据定点管理需要，逐步按照政府采购的有关规定确定定点长护服务机构。

第五十九条 本实施细则由吉林省社会医疗保险管理局负责解释，自发布之日起施行。

[附件：吉林省长期护理保险定点护理服务机构变更申请](#)