附件1

民办养老机构建设补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | 法定代表人（负责人） |  |
| 详细地址 |  | | | 联系电话 |  |
| 开户行、账号 |  | | | | |
| 登记机关 |  | | 民办非企业单位登记证书或营业执照编号 | |  |
| 是否为获得普惠养老城企联动专项行动投资补助资金的项目 | | | | |  |
| 是否为公建民营养老机构 | | | | |  |
| 占地面积 |  | | 总建筑面积 | |  |
| 养老机构从业  人员情况 | 总数 |  | 正式运营时间 | |  |
| 管理人员 |  | 房屋使用形式 | | 自建□ 购置□ 租赁□  公建民营□ |
| 护理人员 |  | 核定总床位数 | |  |
| 医务人员 |  | 核定新增床位数 | |  |
| 本机构保证以上信息完全真实，并严格遵守使用规定，否则自愿承担相关责任。现申请新增床位建设补贴 元。  床× 元/床= 元  法定代表人（负责人）：  （机构盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 县（市、区）  民政部门实地  核查意见 | 核查人员：（单位盖章）  年 月 日 | | | | |
| 设区市民政部门  审核意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |