附件1

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 |  | | 民办非企业法人登记证书或企业法人营业执照编号 | | |  |
| 是否为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 | | | | | |  |
| 养老机构设立许可证书编号  （2018年12月29日前运营且许可证在有效期内的养老机构，填写此栏） | | |  | | | |
| 占地面积 |  | | 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□ 购买□ 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 |  | | | | | |