附件2

运营补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | |
| 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） | |  | | | | |
| 机构等级 |  | 房屋使用形式 | | 自建□ 购买□ 租赁□  公建民营□ | | |
| 入住符合申请条件的老年人总数 | 轻度失能 | 中度失能 | | 重度失能 | | |
|  |  | |  | | |
| 本机构保证以上信息完全真实，并严格遵守补贴资金使用规定，否则自愿承担相关责任。现申请运营补贴共 元。其中：  轻度失能： 人× 元/人·月× 个月= 元  中度失能： 人× 元/人·月× 个月= 元  重度失能： 人× 元/人·月× 个月= 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 |  | | | | | |

注：月四舍五入保留至小数点后两位，金额四舍五入取整。