附件2

民办养老机构运营补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 民办非企业单位登记证书或营业执照编号 | | | |  | | |
| 机构等级 |  | | 房屋使用形式 | | | 自建□ 购置□ 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 | | | | | 完全失能 |
|  |  | |  | | | | |  |
| 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  完全失能： 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 |  | | | | | | | | |