

附件 4

养老机构运营补助申请表

养老机构 (实际运营方) 填写	机构名称			机构地址		
	机构备案号		备案时间	年 月 日	开始运营时间	年 月 日
	运营方式	公办公营 <input type="checkbox"/> 委托运营 <input type="checkbox"/> 民办民营 <input type="checkbox"/> 国有企业、公办医疗机构举办及运营 <input type="checkbox"/>				
	机构法人登记证书编号			机构法人姓名及联系电话		
	实际运营方名称		实际运营方法人登记证书编号		实际运营方法人姓名及联系电话	
	机构床位总数(张)		其中：护理型床位数(张)		申请运营补助总人数(张)	
	中度失能老年人数(人)		重度失能老年人数(人)		完全失能老年人数(人)	
	评定等级		申请运营补助金额(万元)			
<p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，本人承诺将用于规定用途。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p style="text-align: center;">实际运营方法定代表人签字（加盖单位公章）： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
县级民政部门 审核 审批 意见	<p>经审批核定，_____年度该机构入住老年人_____人，其中中度失能老年人_____人、重度失能老年人_____人、完全失能老年人_____人，入住老年人满意率_____，符合补助条件，核定补助资金_____万元。</p> <p style="text-align: center;">县级民政部门核查人签字： _____</p> <p style="text-align: center;">县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

注：此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。