附件 6

家庭养老床位奖补申请表

<table>
<tr><td rowspan="8">养老服务机构（家庭养老床位实际运营方）填写</td><td>机构名称</td><td colspan="2"></td><td>机构地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>法人登记证书编号</td><td colspan="2"></td><td>法人姓名及联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>是否具备医保定点资质</td><td></td><td>是否具备长期护理保险定点护理机构资质</td><td></td><td>是否有智慧化管理平台并与属地区县平台对接</td><td></td></tr>
<tr><td>目前运营家庭养老床位总数（张）</td><td></td><td>其中：政府购买服务家庭养老床位数（张）</td><td></td><td>其中：社会化家庭养老床位数（张）</td><td></td></tr>
<tr><td>负责家庭养老床位上门服务工作人员数量（人）</td><td></td><td>其中：持证护理员数量（人）</td><td></td><td>其中：医护人员数量（人）</td><td></td></tr>
<tr><td>上门服务项目</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>累计上门服务次数（次）</td><td></td><td>服务对象满意率</td><td></td><td>申请奖补资金金额（万元）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">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。

法定代表人签字（加盖单位公章）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td>县级民政部门审核审批意见</td><td colspan="6">经审批核定，该符合补贴条件，给予家庭养老床位奖补_____万元。

县级民政部门核查人签字：
县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：
年　月　日</td></tr>
</table>

注：此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。