

## 附件 1

## 认知障碍照护床位建设一次性补助申请表

养老机构填写	机构名称			机构地址			
	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、公办医疗机构举办运营 <input type="checkbox"/>					
	建设方名称			实际运营方名称			
	建设类型	新建 <input type="checkbox"/> 改建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 改造提升 <input type="checkbox"/>		房屋产权	自有房产 <input type="checkbox"/> 租赁房产 <input type="checkbox"/>		
	项目类型	认知障碍照护机构 <input type="checkbox"/> 认知障碍照护专区 <input type="checkbox"/>		租赁期限 (租赁房产填写)	年		
	机构/专区建筑面积(平方米)				投资规模(万元)		
	原有床位数 (张)			新增/改造提升 床位数(张)			是否已享 受其他建 设、改造提 升(转型升级) 类补助
	专区照料单 元数量(个)			医护工作人员数量 (人)			
	申请补助床 位数(张)			申请补助金额 (万元)			
	机构备案情况						
法人登记证 书编号			机构法人姓名及联 系电话			机构备案 号	
备案总床位 数(张)			备案时间			开始运营 时间	
项目 申请 单位 填写	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,绝不挪作他用,5年内不退出养老服务行业。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			
县级 民政 部门 审核 审批 意见	经审批核定,该机构系自有房产 <input type="checkbox"/> /租赁房产 <input type="checkbox"/> 的新建 <input type="checkbox"/> /改建 <input type="checkbox"/> /扩建 <input type="checkbox"/> /改造提升 <input type="checkbox"/> 项目,符合补助条件,核定补助认知障碍照护床位_____张,补助资金_____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			

注:此表一式两份,由县级民政部门主管业务科室存档。