附件1

渝中区养老机构运营补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | 法定代表人 | |  | |
| 机构地址 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 法人登记号码 | |  | | | 备案床位数 | |  | |
| 收款单位信息 | | 名 称： | | | 联系人 | |  | |
| 账 号： | | | 联系电话 | |  | |
| 开户行： | | | | | | |
| 员 工 概 况 | | | | | | | | |
| 员工数 |  | 持证数 |  | 管理员 |  | 持证数 | |  |
| 医生数 |  | 持证数 |  | 护士数 |  | 持证数 | |  |
| 护理员数 |  | 持证数 |  | 社工数 |  | 持证数 | |  |
| 申 请 内 容 | | | | | | | | |
| 月份 | 户籍老人数 | | 补助标准  （300元/人） | | 金额（万元） | | | |
| 1月 |  | |  | |  | | | |
| 2月 |  | |  | |  | | | |
| 3月 |  | |  | |  | | | |
| 4月 |  | |  | |  | | | |
| 5月 |  | |  | |  | | | |
| 6月 |  | |  | |  | | | |
| **合计** | **× 人次** | | **×万元（大写：×××）** | | | | | |
| 声 明  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，如有不实，愿承担相关法律责任。  法定代表人（主要负责人）： 经办人：    （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 审 批 意 见 | | | | | | | | |
| 街道意见：    分管负责人： 科室负责人： 经办人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 区民政局意见：    分管负责人： 科室负责人： 经办人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：此表一式叁份，附入住老年人花名册，区民政局、街道、养老机构各存留一份。