附件1：

养老机构护理型床位一次性建设补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构填写 | 机构名称 | | |  | | | 开始经营时间 | | | |  | |
| 地址 | | |  | | | 是否发生安全责任事故和重大服务纠纷 | | | |  | |
| 是否被相关单位列入失信惩戒名单、活动异常或经营异常名录、违法失信名单 | | | |  | |
| 是否涉嫌从事养老诈骗、非法集资等活动 | | | |  | |
| 申请补助类别 | | | □新建补助 □扩建补助 □自有房产建设补助  □租赁房屋改建补助 □公建民营养老机构补助 | | | | | | | | |
| 机构类型 | | | □护理型养老机构 □老年养护院 □医养结合型养老机构  □公建民营养老机构 □其他 | | | | | | | | |
| 用地方式 | | | □划拨土地建设 □出让土地建设 □租赁土地建设  □集体土地建设 | | | | | | | | |
| 建筑面积（平方米） | | |  | | | 投资规模（万元） | |  | | | |
| 床位总数 | | |  | | | 护理型床位总数 | |  | | | |
| 新增护理型床位数 | | |  | | | 申请一次性建设资金补助床位数 | |  | | | |
| 资助标准/每床（元） | | |  | | | 申请补助资金总额（万元） | |  | | | |
| 收住老年人总数 | | |  | | | 失能、部分失能老年人数 | |  | | | |
| 统一社会  信用代码 | | |  | | | 备案回执（设立许可证）编号 | |  | | | |
| 医疗机构执业许可证号 | | |  | | | 银行账户名称 | |  | | | |
| 工作人员总数 |  | | 养老护理员数/持证人数 |  | | 执业医生人数 |  | 注册护士人数 | | |  |
| 法定代表人姓名 | | |  | | | 手机 | |  | | | |
| 项目举办单位法定代表人填写 | 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，5年内不改变养老服务性质。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）: 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 属地民政部门实地核查意见 | 核定申请补助类别 | | □新建补助 □扩建补助 □自有房产建设补助  □租赁房屋改建补助 □公建民营养老机构补助 | | | | | | | | | |
| 核定总床位数 | |  | | | 核定护理型床位数 | | | |  | | |
| 核定新增护理型床位数 | |  | | | 核定补助金额（万元） | | | |  | | |
| 经实地核查，该机构符合补助条件。以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。  核查人（签字）：    年 月 日 | | | | | 民政部门审核意见：  负责人签字：  （单位公章）：  年 月 日 | | | | | | |

注：1.相关证书和佐证材料必须提供复印件；2.实地核查必须由两名以上工作人员负责，核查内容必须完整、真实、准确；3.此表一式三份，由申报机构、属地民政、财政部门各执一份。