

附件

家庭养老床位奖补申请表

养老服务机构（家庭养老床位实际运营方）填写	机构名称		机构地址			
	法人登记证书编号		法人姓名及联系电话			
	是否具备医保定点资质		是否具备长期护理保险定点护理机构资质		是否有智慧化管理平台并与属地区县平台对接	
	目前运营家庭养老床位总数（张）		其中：政府购买服务家庭养老床位数（张）		其中：社会化家庭养老床位数（张）	
	负责家庭养老床位上门服务工作人员数量（人）		其中：持证护理人员数量（人）		其中：医护人员数量（人）	
	上门服务项目					
	累计上门服务次数（次）		服务对象满意率		申请奖补资金金额（万元）	
区民政局审核审批意见	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					
区民政局审核审批意见	经审批核定，该符合补贴条件，给予家庭养老床位奖补_____万元。					
	核查人签字：					
	负责人签字（加盖单位公章）： 年 月 日					

注：此表一式两份，由区民政局主管业务科室存档。