

附件 1

护理型养老机构省级一次性建设补助申请表

养老机构 填写	项目名称			项目地址			
	申请补助类别	新建补助 ☐ 扩建补助 ☐ 自有房屋改建补助 ☐ 租赁房屋改建补助 ☐					
	项目类型	养老机构内设护理院 ☐ 专业护理院 ☐ 专业养护院 ☐ 内设分支医疗机构 ☐ 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 ☐					
	建设进度	投入使用 ☐					
	建筑面积 (平方米)		原有床位数 (张)		新增床位数 (张)		
	投资规模 (万元)		申请省级补助 资金数(万元)		申请省级资助床 位数(张)		
	以下已投入使用项目填写						
	法人登记证书编号		机构许可(备案回执)编号				
	法人代表姓名		手机				
	以下已开工建设项目填写						
	立项批复(备案)文号		施工许可证编号				
	项目举办单位		项目举办单位法人及联系电话				
项目 举办 单位 负责 人填 写	本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金,本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。 法人代表签字(加盖单位公章): 申请时间: 年 月 日						
县级 民政 部门 审核 意见	经审查,该单位系新建☐/扩建☐/自有房屋改建补助☐/租赁用房改建项目☐,新增床位 张,符合资助条件,建议资助 万元。 以上信息属实,如有虚假,本人自愿承担法律责任。 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						
市级 民政 部门 审批 意见	经复审,该单位系新建☐/扩建☐/自有房屋改建补助☐/租赁用房改建项目☐,新增床位 张,符合资助条件,核定资助 万元。 市级民政部门核查人签字: 市级民政部门负责人签字(加盖单位公章) 年 月 日						

注:1. 市级项目不需填写县级民政部门填写审核意见。2. 此表一式四份(市级项目两份),由县、市民政主管业务科(处)室存档。