附件 3

养老机构省级运营奖补申请表

<table>
<tr><td rowspan="10">养老机构（实际运营方）填写</td><td>机构名称</td><td></td><td>地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>法人登记证书编号</td><td></td><td colspan="2">机构许可（备案回执）编号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>开始运营时间</td><td>年　月　日</td><td>机构负责人姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>运营方式</td><td colspan="2">民建民营□　　公办养老机构委托运营□</td><td colspan="2">评定等级</td><td></td></tr>
<tr><td>公办养老机构委托运营实际运营方名称</td><td></td><td>公办养老机构委托运营方法人代表</td><td></td><td>机构床位数（张）</td><td></td></tr>
<tr><td>申请运营补助人数（人）</td><td></td><td>半自理（中度失能）老人（人）</td><td></td><td>完全不能自理（重度失能）老年人（人）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申请省级补助资金（万元）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">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。如以上　信息不属实，本人自愿承担法律责任。

机构(实际运营方）法人代表签字（加盖单位公章）：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>县级民政部门审核意见</td><td colspan="6">经审查，____年度该机构入住老人___人，其中半自理（中度失能）老人____人，完全不能自理（重度失能）老人____人，入住老年人满意率　%，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</td></tr>
<tr><td>市级民政部门审批意见</td><td colspan="6">经复审，____年度该机构入住自理老人___人，半自理老人____人，不能自理老人____人，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</td></tr>
</table>

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