

附件：

民办养老机构申请床位建设补助确认表

单位：人、张、万元

民办养老机构填写	机构名称		开业时间			
	详细地址					
	法人代表		联系电话			
	登记机关		民办非企业登记证书或工商登记证书编号			
	建筑面积		核准床位数			
	入住老年人情况	总数		职工情况	总数	
		失能老人			管理人员	
		半失能老人			医护人员	
		自理老人			护理人员	
	性质	<input type="checkbox"/> 新建 <input type="checkbox"/> 改扩建				
申请资助标准		申请资助金额				
本机构承诺以上信息真实有效，如有不实，自愿承担相关责任。 负责人签字：						
(单位盖章) 年 月 日						
县(市、区)民政局意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日	县(市、区)财政局意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日			
市民政局意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日	市财政局意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日			
省民政厅意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日	省财政厅意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日			

注：此表一式7份，省、市、县民政、财政部门各存1份，民办养老机构留存1份。