

附件 1

厦门市养老服务机构床位建设补贴申请表

填报机构（签章）：

年 月 日

机构名称		法人代表	
机构性质	营利性（ ） 非营利性（ ）	联系电话	
登记机关		核定床位	
开办时间		登记字号	
机构地址			
养老机构字号			
投入运营情况			
申请床位建设补贴情况			
补贴类型	机构开办（ ）	增加床位（ ）	
房屋性质	自建用房（ ）	租赁用房（ ）	
申请补贴 床位数			
申请补贴金额 （万元）			
审批意见	经办人意见：	经办人意见：	
	单位领导意见：	单位领导意见：	
	区民政局	区财政局	
备 注	1. 自建用房每张床位补贴 20000 元；租赁用房每张床位补贴 10000 元，分 5 年平均拨付。 2. 申请机构享受补贴后 5 年内不得改变用途，如改变养老用途的，对所享受的补贴予以收回；申请机构 5 年内被依法关停或自行申请停办的，对所享受的补贴予以收回。		

附件 2

厦门市养老服务机构床位运营补贴申请表

填报机构（签章）：

年 月 日

机构名称			法人代表										
机构性质	营利性（ ） 非营利性（ ）		联系电话										
登记机关			核定床位										
开办时间			登记字号										
机构地址													
养老机构字号													
投入运营情况													
申请床位运营补贴情况													
本市户籍人员 月入住情况	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合计
住满一个月 床位数													
未住满一个月 实际天数													
申请补贴金额 (万元)	住满一个月						总 计						
	未住满一个月												
审批意见	经办人意见： 单位领导意见：						经办人意见： 单位领导意见：						
	区民政局						区财政局						
备 注	按接收本市户籍老年人入住满一个月计算,每月每张床位补贴 200 元;未住满一个月的,按实际入住占用床位的天数计算(月标准天数为 30 天)。												

附件 3

厦门市养老服务机构床位综合责任险补贴申请表

填报机构（签章）：

年 月 日

机构名称		法人代表											
机构性质	营利性（ ） 非营利性（ ）	联系电话											
登记机关		核定床位											
开办时间		登记字号											
机构地址													
养老机构字号													
投入运营情况													
申请床位综合责任险补贴情况													
补贴人数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计
申请补贴金额 (万元)													
审批意见	经办人意见： 单位领导意见：						经办人意见： 单位领导意见：						
	区民政局						区财政局						
备 注	床位综合责任险补贴标准：按公共资源市场化配置规定所确定的保费补贴 80%。												

附件 4

厦门市养老服务机构接收本市户籍老年人花名册

填报机构（签章）:

联系电话:

年 月 日

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号	户籍所在地	健康状况	家庭住址及联系电话	入住时间

附件 5

厦门市养老服务机构特定服务对象补贴申请表

填报机构（签章）：

年 月 日

机构名称		法人代表	
机构性质	营利性（ ） 非营利性（ ）	联系电话	
登记机关		核定床位	
开办时间		登记字号	
机构地址			
养老机构字号			
投入运营情况			
申请特定服务对象补贴情况			
补贴对象	特困人员	遭受严重自然灾害、重大交通事故或重大疾病的低收入家庭中生活不能自理的老年人	最低生活保障家庭生活不能自理老年人 计划生育特殊困难家庭中的老年人
补贴类型及人数	全护理（ ） 半护理（ ） 自理（ ）	全护理（ ） 半护理（ ） 自理（ ）	全护理（ ） 半护理（ ） 自理（ ）
补贴金额			
申请补贴金额（万元）			
审批意见	经办人意见： 单位领导意见： <div style="text-align: right;">区民政局</div>	经办人意见： 单位领导意见： <div style="text-align: right;">区财政局</div>	
备注	补贴标准： 全护理对象每人每月补贴 800 元，半护理对象每人每月补贴 600 元，自理对象每人每月补贴 400 元。		

附件 6

厦门市养老服务机构接收特定服务对象花名册

填报机构（签章）：

年 月 日

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号	对象类型	护理类型	家庭住址及联系电话	入住时间

附件 7

厦门市养老服务机构内设医疗机构
一次性医疗设备补贴申请表

填报机构（签章）：
日

年 月

机构名称		法人代表	
机构性质	营利性（ ） 非营利性（ ）	联系电话	
登记机关		核定床位	
开办时间		登记字号	
机构地址			
养老机构字号			
医疗机构执业许可证登记号			
投入运营情况			
申请内设医疗机构一次性医疗设备补贴情况			
补贴类型	医务室（ ）	门诊部（ ）	
申请补贴金额（万元）			
核定补贴金额（万元）			
审批意见	经办人意见： 单位领导意见： <div style="text-align: right;">区民政局</div>	经办人意见： 单位领导意见： <div style="text-align: right;">区财政局</div>	
备注	补贴标准：50 万元（含） 限额内一次性医疗设备补贴，申请机构需随附医疗设备采购发票及设备明细。		

附件 8

厦门市养老服务机构土地结算成本
银行贷款贴息申请表

填报机构（签章）：
日

年 月

机构名称		法人代表	
机构性质	营利性（ ） 非营利性（ ）	联系电话	
登记机关		核定床位	
开办时间		登记字号	
机构地址			
养老机构字号			
投入运营情况			
申请土地结算成本银行贷款贴息财政补贴情况			
建设时间		贷款时间	
贷款金额		贷款年限	
申请补贴金额 （万元）			
<p>声 明</p> <p>本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《厦门市社会资本举办养老服务机构财政扶持资金管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请单位（盖章）： 法定代表人签名： 年 月 日</p>			

审批意见	经办人意见:	经办人意见:
	单位领导意见:	单位领导意见:
	区民政局	区财政局

附件 9

厦门市养老服务机构聘用定向培养毕业生、 引进专业人才奖励补贴申请表

申请单位		联系电话	
申请人资料	姓 名		出生年月
	性 别		身份证号
	就业时间		联系电话
申请对象	定向培养毕业生 ()、引进专业人才 ()		
补助标准	奖励补助为每人 4 万元,分 5 年拨付,每工作服务年限满 1 周年核发 8000 元。		
补助年度	为第 (1. 2. 3. 4. 5) 年度奖励补助		
声 明			
<p>本机构及申请人保证以上及所附数据资料真实有效,并承诺遵守《关于开展养老医护学生定向培养、引进专业人才奖励补助的实施意见》。如有不实或违反有关规定,愿承担相关法律责任。</p>			
法定代表人签名:		申请人签名:	
		(申请盖章)	
		年 月 日	

审批意见	经办人意见:	经办人意见:
	单位领导意见:	单位领导意见:
	区民政局	区财政局

附件 10

厦门市养老服务机构聘用引进专业人才 报备审查确认申报表

填表时间: 年 月 日

申请单位				联系电话	
申请人		性别		出生年月	
籍贯		民族		政治面貌	
身份证号					
学历层次				毕业时间	
毕业院校				院校所在地	
专业名称				毕结业结论	
毕业证书编号					
学习简历（从中学毕业开始填起）					
声 明					
<p>本机构及申请人保证以上填报项目内容真实有效，并承诺遵守《关于开展养老医护学生定向培养、引进专业人才奖励补助的实施意见》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。</p>					
法定代表人签名:		申请人签名:		(申请盖章)	
				年 月 日	

<p>市民局 政报备 审查意 见</p>	<p>(盖章) 年 月 日</p>	<p>市教育局 学历审查 意见</p>	<p>(盖章) 年 月 日</p>
----------------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------