

附件 1

民办养老服务机构省级建设补助申请表

填表单位（盖章）

年 月 日

单位：万元

基本 情 况	机构名称				
	地 址				
	民非登记证号				
	立项批复文 号		土地证号或房屋 租赁合同期限		
	占地面积		建筑面积		
	法人代表	姓 名		电 话	
		身份证号			
	医护人员数		护工人数		
	运营时间		床位数（张）		
	入住老人数		申请补助金额		
审 核 意 见	县民政局意见		县财政局意见		
	(签字并盖章) 年 月 日		(签字并盖章) 年 月 日		
	市民政局意见		市财政局意见		
	(签字并盖章) 年 月 日		(签字并盖章) 年 月 日		

附件 2

民办养老服务机构省级建设补助汇总表

填表单位（盖章）_____市民政局

_____市财政局

单位：万元

序号	机构名称	民非登记证号	是否备案	建筑面积 (平方米)	床位数 (张)	新建/改造 时间	运营时间 (某年某月)	申请补 助金额
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

填表人：_____

填表时间：_____