自治区民办养老机构一次性开办补助申请表

填报单位（盖章）：                 填报时间：        年    月   日

|  |
| --- |
| 申办人（单位）基本情况 |
| 姓名（名称） |  | 法定代表人 |  |
| 住址（地址） |  | 邮政编码 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 营业执照 |  | 注册资本 |  |
| 申办人身份证号码 |  | 申办人职称 |  |
| 机 构 基 本 情 况 |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 地  址 |  | 邮政编码 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 投资总额 |  | 投资类型 |  |
| 占地面积 |  | 使用面积 |  |
| 设计床位数 |  | 核定床位数 |  |
| 福利机构字号 |  | 登记(民非)字号 |  |
| 机构代码证号 |  | 卫生许可证号 |  |
| 收费许可证号 |  | 银行帐号 |  |
| 员 工 概 况 |
| 管理人员 |  | 持证人数 |  | 医护人员 |  | 持证人数 |  |
| 护理员数 |  | 持证人数 |  | 工勤人数 |  | 员工总数 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 申请内容（床位核算） |
| 房间总数 |   | 床位总数 |   |
| 单人间数 |   | 双人间数 |   |
| 三人间数 |   | 多人间数 |   |
| 平均床位建筑面积 |   | 平均床位使用面积 |   |
| 补贴标准 |   | 补贴年次 |   |
| 补贴比例 |   | 补贴金额 |   |
|   本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。承诺人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_（单位盖章）年  月  日 |
| 审  核  意  见 |
| 县级民政部门审批意见 | 地州民政局审批意见 | 自治区民政厅审批意见 |
|    承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （单位盖章） 　　年    月    日 |   承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （单位盖章） 　　年    月    日 |   承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （单位盖章） 　　年    月    日 |
|   |   |   |   |   |   |