附件1：

|  |
| --- |
| 机构养老设施建设阶段一次性补贴申请审核表 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **基本情况** |
| 新增养老设施名称 |  | 地址 |  |
| 产权方 |  | 新增床位数 |  | 建筑面积 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 建设单位名称 |  | 地址 |  |
| 项目投资总额 |  | 资金来源 |  |
| **具体申请内容及需提交的资料** |
| 申请以下补贴需提交的通用资料为：1、养老机构设立许可证或社会福利机构设置批准证书或备案回执（复印件）。2、民办非企业单位登记证书或营业执照（复印件）。 |
| 1、是否申请：新增养老床位建设补贴 | （填是或否）------------ | 另需提交：项目竣工结算审价报告。 |
| 是否将新增养老床位建设补贴拨付至养老机构/长者照护之家 |  （填是或否） 建设单位盖章： --------------- 法定代表人签字： |
| 2、是否申请：新增认知障碍照护床位补贴 | （填是或否）------------ | 另需提交：无 |
| 3、是否申请：护理型床位建设补贴 | （填是或否）------------ | 另需提交：无 |
| 4、是否申请：一次性开办补贴 | （填是或否）------------ | 另需提交：无 |
| 5、是否申请：内设医疗机构补贴 | （填是或否）------------ | 另需提交：医疗机构执业许可证复印件。 |
|  本人（单位）保证申请表填列的内容及提交的申请材料真实，如有虚假，愿承担由此造成的法律后果。  申请单位盖章： 法定代表人签字： |
| **以下内容申请单位无需填写** |
| 第三方复核意见： 复核单位盖章： 复核人： 负责人： 日期： |
| 区民政局审核意见：  经办人： 科室负责人： 分管领导： 主要领导： 日期： |