

附件 1

养老机构运营奖补申请表

|                              |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |                         |  |                                |  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------------|--|
| 养老机构<br>(实际运营方)<br>填写        | 机构名称                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                  | 地址                      |  |                                |  |
|                              | 法人登记<br>证书编号                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  | 机构许可<br>(备案回执) 编号       |  |                                |  |
|                              | 开始运营时间                                                                                                                                                                                                             | 年 月 日                                                                                                                                                            | 机构负责人<br>姓名             |  | 联系电话                           |  |
|                              | 运营方式                                                                                                                                                                                                               | 普惠性养老机构: 民建民营 <input type="checkbox"/> 公办养老机构<br>委托运营 <input type="checkbox"/> 政府与第三方合资合作养老机构<br><input type="checkbox"/> 国有企业、公办医疗机构运营 <input type="checkbox"/> |                         |  | 评定等级                           |  |
|                              | 公办养老机构<br>委托运营实际<br>运营方名称                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  | 公办养老机<br>构委托运营<br>方法人代表 |  | 机构床位数<br>(张)                   |  |
|                              | 申请运营<br>补助人数<br>(人)                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  | 中度失能老<br>人(人)           |  | 完全不能自理<br>(重度、完全失<br>能) 老年人(人) |  |
|                              | 申请补助资金(万元)                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                  |                         |  |                                |  |
|                              | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金, 本人承诺将用于规定用途。如以<br>上信息不属实, 本人自愿承担法律责任。<br><br>机构(实际运营方) 法人代表签字(加盖单位公章):<br><br>年 月 日                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |                         |  |                                |  |
| 县级民政<br>部门<br>审核<br>审批<br>意见 | 经审查, ____年度该机构入住老人____人, 其中半自理(中度失能) 老人 ____人, 完全不能<br>自理(重度、完全失能) 老人 ____人, 入住老年人满意率 __%, 符合资助条件, 建议资助____万<br>元。以上信息属实, 如有虚假, 本人自愿承担法律责任。<br><br>县级民政部门核查人签字:<br><br>县级民政部门负责人签字:<br>(加盖单位公章)<br><br>审批时间: 年 月 日 |                                                                                                                                                                  |                         |  |                                |  |

注:此表一式两份, 由县(市、区)民政部门主管业务科(股)室存档。

附件 2

社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营奖补申请表

|               |                                                                                                     |                                                                                                   |               |                                     |                |                            |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------|
| 日间照料设施实际运营方填写 | 项目名称                                                                                                |                                                                                                   | 地址            |                                     |                |                            |
|               | 类别                                                                                                  | 社区日间照料中心 <input type="checkbox"/>                                                                 |               | 农村幸福院 <input type="checkbox"/>      |                | 评定等级                       |
|               | 建设规模<br>(平方米)                                                                                       |                                                                                                   | 设置床位数<br>(张)  |                                     | 建设投资总额<br>(万元) |                            |
|               | 兴办主体                                                                                                | 政府(街道)建 <input type="checkbox"/> 社会建 <input type="checkbox"/> 政府与社会合资合作建 <input type="checkbox"/> |               |                                     |                |                            |
|               | 运营方式                                                                                                | 公建公营 <input type="checkbox"/> 民建民营 <input type="checkbox"/> 委托运营 <input type="checkbox"/>         |               |                                     |                |                            |
|               | 是否已给予一次性建设补助                                                                                        |                                                                                                   |               | 是 <input type="checkbox"/> 给予补助时间 年 |                | 否 <input type="checkbox"/> |
|               | 基本运营情况                                                                                              |                                                                                                   |               |                                     |                |                            |
|               | 运营单位                                                                                                |                                                                                                   | 运营单位法人代表及联系电话 |                                     |                |                            |
|               | 协议运营年限                                                                                              |                                                                                                   | 开始运营时间        |                                     |                |                            |
|               | 申请补助资金额度                                                                                            | 万元                                                                                                |               |                                     |                |                            |
|               | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途，绝不挪作他用。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。<br><br>法定代表人签字(加盖单位公章)： 申请时间： 年 月 日 |                                                                                                   |               |                                     |                |                            |
|               | 县级民政部门审核审批意见                                                                                        | 经审查，该中心符合资助条件，给予日间照料设施运营奖补 万元。<br><br>县级民政部门核查人签字：<br>县级民政部门负责人签字<br>(加盖单位公章)：<br>审批时间： 年 月 日     |               |                                     |                |                            |

注:此表一式两份，由县（市、区）民政部门主管业务科（股）室存档。

附件 3

家庭养老床位运营补助申请表

|              |                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |              |            |  |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|--|
| 养老机构填写       | 项目名称                                                                                                                                                                                          |                                                                                             | 项目地址         |            |  |
|              | 机构类型                                                                                                                                                                                          | 养老机构 <input type="checkbox"/> 社区养老服务机构 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |              |            |  |
|              | 开始运营时间                                                                                                                                                                                        | 年 月 日                                                                                       |              | 法人登记证书编号   |  |
|              | 签约老年人家庭养老床位数量（张）                                                                                                                                                                              |                                                                                             |              | 申请补助资金（万元） |  |
|              | 法人登记证书编号                                                                                                                                                                                      |                                                                                             | 机构许可（备案回执）编号 |            |  |
|              | 法人代表（机构负责人）姓名                                                                                                                                                                                 |                                                                                             | 联系方式         |            |  |
| 项目举办单位负责人填写  | <p>该项目共签约老年人家庭养老床位数量____张，申请补助资金____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途、5 年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>法人代表签字（加盖单位公章）：</p> <p>申请时间： 年 月 日</p> |                                                                                             |              |            |  |
| 县级民政部门审核审批意见 | <p>经审查，该项目符合补助条件床位共____张，补助资金____万元。</p> <p>县级民政部门核查人签字：</p> <p>县级民政部门负责人签字：<br/>（加盖单位公章）</p> <p>审批时间： 年 月 日</p>                                                                              |                                                                                             |              |            |  |

注:此表一式两份，由县（市、区）民政部门主管业务科（股）室存档。

附件 4

认知障碍照护床位建设一次性补助申请表

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |                   |  |  |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|--|
| 养老机构填写                          | 项目名称                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           | 项目地址              |  |  |
|                                 | 建设类别                                                                                                                                                                                                                                    | 新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建补助 <input type="checkbox"/> |                   |  |  |
|                                 | 法人登记证书<br>编号                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           | 机构备案回执编号          |  |  |
|                                 | 法人代表                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           | 联系方式              |  |  |
|                                 | 建认知障碍照<br>护床位数量<br>(张)                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                           | 床均综合建筑<br>面积(平方米) |  |  |
|                                 | 申请补助资金(万元)                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                           |                   |  |  |
| 项目<br>举办<br>单位<br>负责<br>人填<br>写 | <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>法人代表签字(加盖单位公章):<br/>申请时间: 年 月 日</p>                                                                                                                       |                                                                                                                           |                   |  |  |
| 县级<br>民政<br>部门<br>审核<br>意见      | <p>经审查，该单位系新建<input type="checkbox"/>/自有房屋改建补助<input type="checkbox"/>/租赁用房改建项目<input type="checkbox"/>，新增认知障碍照护床位_张，符合资助条件，建议资助__万元。<br/>以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。</p> <p>县级民政部门核查人签字:<br/>县级民政部门负责人签字:<br/>(加盖单位公章)<br/>审核时间: 年 月 日</p> |                                                                                                                           |                   |  |  |
| 市级<br>民政<br>部门<br>审批<br>意见      | <p>经复审，该项目共核定认知障碍照护床位数量__张，符合补助条件，核定补助__万元。</p> <p>市级民政部门核查人签字:<br/>市级民政部门负责人签字:<br/>(加盖单位公章)<br/>审批时间: 年 月 日</p>                                                                                                                       |                                                                                                                           |                   |  |  |

注:1. 市级项目不需填写县级民政部门填写审核意见。2. 此表一式四份(市级项目两份)，由县(市、区)民政部门主管业务科(股)室存档。

附件 5

护理型养老机构贷款贴息补助申请表

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                           |            |             |            |  |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|------------|--|
| 养老机构填写                           | 项目名称                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |            | 项目地址        |            |  |
|                                  | 项目类型                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建补助 <input type="checkbox"/> |            |             |            |  |
|                                  | 建筑面积<br>(平方米)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                           |            | 新增护理型床位数(张) |            |  |
|                                  | 联系人                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           |            | 联系方式        |            |  |
|                                  | 投资规模<br>(万元)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           | 申请贷款金额(万元) |             | 申请贷款所在金融机构 |  |
|                                  | 贷款合同编号                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                           |            | 贷款时间        |            |  |
|                                  | 贷款当月贷款市场报价利率(LPR)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                           |            | 贷款年限        | 年 月至 年 月   |  |
|                                  | 申请贷款贴息额(万元)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                           |            |             |            |  |
| 项目<br>举办<br>单位<br>负责<br>人填<br>写  | <p>该项目申请贷款金额_____万元，贷款时间_____年_____月_____日，贷款当月贷款市场报价利率(LPR) _____，贷款年限_____年_____月至_____年_____月，申请贷款贴息额_____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于护理型养老机构建设，不改变贷款用途，不用于借新还旧及偿还给类债务，5年内不退出养老行业。<br/>如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>法人代表签字（加盖单位公章）：</p> <p>申请时间：        年        月        日</p> |                                                                                                                           |            |             |            |  |
| 县级<br>民政<br>部门<br>审核<br>审批<br>意见 | <p>经审查，该项目共申请贷款金额_____万元，贷款时间_____年_____月_____日，贷款当月贷款市场报价利率(LPR) _____，贷款年限_____年_____月至_____年_____月，补助贷款贴息额_____万元。</p> <p>县级民政部门核查人签字：</p> <p>县级民政部门负责人签字：<br/>(加盖单位公章)</p> <p>审批时间：        年        月        日</p>                                                                          |                                                                                                                           |            |             |            |  |

注:此表一式两份，由县（市、区）民政主管业务科（股）室存档。

附件 6

院校设立养老服务相关专业奖补申请表

|                      |                                                                                                    |   |        |   |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|---|
| 院校<br>填写             | 院校名称                                                                                               |   | 院校所在地址 |   |
|                      | 院校法人代表                                                                                             |   | 联系电话   |   |
|                      | 院校上级业务主管单位                                                                                         |   |        |   |
|                      | 院校设立养老服务相关专业时间                                                                                     |   | 年 月    |   |
|                      | 批准院校设立养老服务相关专业单位                                                                                   |   |        |   |
|                      | 批准院校设立养老服务相关专业文号                                                                                   |   |        |   |
|                      | 开始独立招生时间                                                                                           |   | 年 月    |   |
|                      | 申请补助数额（万元）                                                                                         |   |        |   |
|                      | 独立招生以来分年度养老服务相关专业实际招生规模                                                                            |   |        |   |
|                      | 年度                                                                                                 | 人 | 年度     | 人 |
|                      |                                                                                                    |   |        |   |
|                      |                                                                                                    |   |        |   |
|                      |                                                                                                    |   |        |   |
|                      | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途。<br>如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。                                       |   |        |   |
|                      | 院校法人代表签字（加盖单位公章）： 年 月 日                                                                            |   |        |   |
| 市民<br>政局<br>审核<br>意见 | 经审查，该项目符合补助条件，建议补助____万元。<br><br>市民政部门核查人签字：<br><br>市民政部门负责人签字：<br><br>（加盖单位公章）<br><br>审批时间： 年 月 日 |   |        |   |

注：此表一式两份，由市级民政部门主管业务科室存档。

# 附件 7

## 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表

|                                                             |                                                                                                                                                              |        |             |       |     |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-------|-----|
| 姓名                                                          |                                                                                                                                                              | 性别     |             | 出生年月  | 年 月 |
| 身份证号码                                                       |                                                                                                                                                              |        |             | 户籍所在地 |     |
| 毕业院校                                                        |                                                                                                                                                              | 毕业证书编号 |             | 工作岗位  |     |
| 全日制学历                                                       | 中职 <input type="checkbox"/> 技工院校 <input type="checkbox"/> 专科（高职） <input type="checkbox"/><br>大学本科 <input type="checkbox"/> 硕士研究生及以上 <input type="checkbox"/> |        |             |       |     |
| 全日制院校毕业时间                                                   | 年 月                                                                                                                                                          |        | 参加工作时间      |       | 年 月 |
| 现工作机构                                                       |                                                                                                                                                              |        |             |       |     |
| 与现工作机构签订劳动合同时间                                              |                                                                                                                                                              |        |             | 年 月   |     |
| 在本机构连续工作年限                                                  | 年                                                                                                                                                            |        | 本次申请年度      | 第 年   |     |
| 本次申请补助数额（万元）                                                |                                                                                                                                                              |        |             |       |     |
| 本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过大中专毕业生入职养老服务一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。 |                                                                                                                                                              |        |             |       |     |
| 申请人签字：                                                      |                                                                                                                                                              |        | 申请时间： 年 月 日 |       |     |
| 经审查，该同志符合资助条件，建议给予入职补助____万元。                               |                                                                                                                                                              |        |             |       |     |
| 所在机构负责人签字（加盖单位公章）                                           |                                                                                                                                                              |        | 年 月 日       |       |     |
| 县级民政部门审核审批意见                                                | 经核实，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务奖补____万元。<br><br>县级民政部门核查人签字：<br><br>县级民政部门负责人签字<br>（加盖单位公章）<br><br>审批时间： 年 月 日                                                |        |             |       |     |

注：此表一式两份，由县（市、区）级民政部门主管业务科（股）室存档。

附件 8

养老护理员职业技能等级补助申请表

|                                        |                            |                                                                                                 |                  |       |     |
|----------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|-----|
| 姓名                                     |                            | 性别                                                                                              |                  | 出生年月  | 年 月 |
| 身份号码                                   |                            |                                                                                                 |                  | 户籍所在地 |     |
| 参加工作时间                                 | 年 月                        |                                                                                                 |                  |       |     |
| 所在养老机构名称                               |                            |                                                                                                 |                  |       |     |
| 开始从事养老<br>护理岗位时间                       | 年 月                        |                                                                                                 | 连续从事养老<br>护理岗位时间 | 年 个月  |     |
| 是否曾经领取岗位技<br>能补贴                       | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 领取年度____年 金额 _____ 万元                                                |                  |       |     |
| 现养老护理员职业技能等级                           |                            | 一级/高级工 <input type="checkbox"/> 二级/技师 <input type="checkbox"/> 三级/高级技师 <input type="checkbox"/> |                  |       |     |
| 技能等级证书编号                               |                            | 取得现技能等级证书时间                                                                                     |                  | 年 月   |     |
| 申请市级养老护理员技能等级补助数额<br>(万元)              |                            |                                                                                                 |                  |       |     |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。    |                            |                                                                                                 |                  |       |     |
| 申请人签字：                                 |                            |                                                                                                 | 申请时间： 年 月 日      |       |     |
| 经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助____万元。 |                            |                                                                                                 |                  |       |     |
| 所在机构负责人签字（加盖单位公章）                      |                            |                                                                                                 | 年 月 日            |       |     |

注:此表一式两份，由县（市、区）民政部门主管业务科（股）室存档。

附件 9

连锁化养老服务品牌奖补申请表

|                       |                                                                                                                                     |       |              |                                                      |      |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|------------------------------------------------------|------|--|
| 养老机构<br>(实际运营方)<br>填写 | 申请公司名称                                                                                                                              |       | 注册时间         |                                                      |      |  |
|                       | 开始运营时间                                                                                                                              | 年 月 日 | 机构负责人姓名      |                                                      | 联系电话 |  |
|                       | 运营养老机构情况                                                                                                                            |       |              |                                                      |      |  |
|                       | 运营养老机构总数量                                                                                                                           |       | 运营养老机构星级情况   | 一星级__家； 二星级__家；<br>三星级__家； 四星级__家；<br>五星级__家； 其它__家。 |      |  |
|                       | 运营养老服务设施情况                                                                                                                          |       |              |                                                      |      |  |
|                       | 运营养老服务设施总数量                                                                                                                         |       | 运营养老服务设施具体情况 | 城市社区日间照料中心__家；<br>农村幸福院__家；<br>幸福食堂__家。              |      |  |
|                       | 运营的其它养老服务组织及数量                                                                                                                      |       |              |                                                      |      |  |
|                       | 申请补助金额                                                                                                                              | 万元    |              |                                                      |      |  |
|                       | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。<br><br>机构(实际运营方)法人代表签字（加盖单位公章）：<br><br>年 月 日                               |       |              |                                                      |      |  |
| 市级民政部门审批意见            | 经审查，该连锁化养老服务品牌连锁运营养老机构__家，连锁运营社区养老服务设施__家，符合资助条件，核定资助____万元。<br><br>市级民政部门核查人签字：<br><br>市级民政部门负责人签字：<br>(加盖单位公章)<br><br>审批时间： 年 月 日 |       |              |                                                      |      |  |

注：此表一式两份，由市级民政部门主管业务科室存档。