附件4：

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 | |
|  |  |  |  |  |  |