自治区民办养老机构运营补贴申请表

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | | | | | |
| 机构名称 | |  | 设立时间 |  | |
| 法定代表人 | |  | 身份证号 |  | |
| 地址 | |  | 邮政编码 |  | |
| 固定电话 | |  | 移动电话 |  | |
| 福利机构证号 | |  | 登记(民非)字号 |  | |
| 机构代码证号 | |  | 卫生许可证号 |  | |
| 开户银行 | |  | 银行账号 |  | |
| 核定床位数 | |  | 使用床位数 |  | |
| 员  工  概  况 | | | | | |
| 员工总数 | |  | 持证人数 | |  |
| 管理人员 | |  | 持证人数 | |  |
| 医技人数 | |  | 持证人数 | |  |
| 护士人数 | |  | 持证人数 | |  |
| 护理员数 | |  | 持证人数 | |  |
| 工勤人数 | |  | 健康证数 | |  |
|  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  数 | | | | | | | | |
| 1月入住数 |  | 2月入住数 | |  | 3月入住数 |  | 4月入住数 |  |
| 5月入住数 |  | 6月入住数 | |  | 7月入住数 |  | 8月入住数 |  |
| 9月入住数 |  | 10月入住数 | |  | 11月入住数 |  | 12月入住数 |  |
| 合 计 人 数 | |  | |  | 合计金额 | 大写: | | |
| 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 | | |
|  | | | | | | | | |