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 |
|   |