附件1

养老服务机构运营补贴申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| 登记（民非）字号 | |  | | 卫生许可证号 | |  | |
| 开户银行 | |  | | 银行账号 | |  | |
| 核定床位数 | |  | | 在院老人实际占用床位数 | |  | |
| 申请补贴床位数 | | | | | | | |
| 1月 |  | 2月 |  | 3月 |  | 4月 |  |
| 5月 |  | 6月 |  | 7月 |  | 8月 |  |
| 9月 |  | 10月 |  | 11月 |  | 12月 |  |
| 合计床位数 | |  | | 申请补贴资金 | | 大写： | |
| 本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关责任。  承诺人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 审核意见 | | | | | | | |
| 审核人：  审核单位负责人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | |