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 |