附件2

**20XX年度困难老人入住养老机构补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养 老 机 构 填 写 | 机构名称 | |  | | | | | | 法人代表（负责人） | | | | |  | | | |
| 详细地址 | |  | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 开户行账号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 登记证书 | | □民办非企业单位登记证书 □工商营业执照 | | | | | | | | | | | | | | |
| 登记号码 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 备案（许可证）编号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 床位总数 | |  | | | | | | 入住人员总数 | | | | |  | | | |
| 入住机构困难老人总数 | | 特困老人数 | | | | 城乡低保家庭老人数 | | | | | | 重点优抚对象老人数 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 合 计 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | | 6月 | | 7月 | 8月 | 9月 | | | 10月 | 11月 | 12月 |
| 自理 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| 半自理 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| 全护理 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| 本机构保证以上信息及所附数据资料真实有效。根据《长春市养老服务业补贴资金申报和管理暂行办法》，拟申请困难老人入住养老机构补贴，并遵守使用规定，如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 法人或负责人签字（公章）：　　　　申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区民政财政部门审核意见 | 核定困难老人入住机构补贴资金：  区民政部门盖章： 区财政部门盖章： | | | | | | | | | | | | | | | | |

说　明：此表区民政、财政部门各存1份，养老机构留存1份