附件3

**20XX年度老人入住养老机构基本情况明细表**

区民政补贴盖章： 区财政部门盖章：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 老人姓名 | 身份证号码 | 老人自理程度 | 困难老人类别 | 入住时限 |
| 1 | \*\*\* |  | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | \*\*\*\* | \*\*\* | \*个月  |
| 2 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 13 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 14 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 15 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 16 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 17 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 18 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 19 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 20 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |

说　明：1.困难老人类别填写：特困老人、城乡低保家庭老人或重点优抚对象老人。

2.老人自理程度填写：自理、半自理、不能自理。