附件5

养老机构综合责任保险财政补贴申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保险项目 | 长春市养老服务机构综合责任保险 | |
| 机构名称 |  | |
| 机构地址 |  | |
| 机构性质 | □政府投资兴办 □公建民营 □社会力量投资兴办 | |
| 联系人 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 保险期限 | 20XX年月XX 日 XX时至20XX年XX月XX日XX时 | |
| 床位数量 | 核定床位数（张） | 实际投保床位数（张） |
|  |  |
| 保险费  （人民币：元） | 缴纳保费总额=实际投保床位数×XXX元/床/年 | |
| 共缴纳保费 元 | |
| （市）区民政局、财政局：  我机构决定投保长春市养老服务机构综合责任保险，现申请保费补贴。  申请人签字（机构公章）：  日期： 年 月 日 | | |
| 民政部门意见 | 单位（签章）：  年 月 日 | |
| 财政部门意见 | 单位（签章）：  年 月 日 | |