

# 附件 1

## 护理型养老机构省级一次性建设补助申请表

养老机构填写	项目名称		项目地址			
	申请补助类别	新建补助 <input type="checkbox"/> 扩建补助 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建补助 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建补助 <input type="checkbox"/>				
	项目类型	养老机构内设护理院 <input type="checkbox"/> 专业护理院 <input type="checkbox"/> 专业养护院 <input type="checkbox"/> 内设分支医疗机构 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
	用地方式	划拨土地建设 <input type="checkbox"/> 出让土地建设 <input type="checkbox"/> 租赁土地建设 <input type="checkbox"/> 集体土地建设 <input type="checkbox"/>				
	建设进度	投入使用 <input type="checkbox"/>				
	建筑面积 (平方米)		原有床位数 (张)		新增床位数 (张)	
	投资规模 (万元)		申请省级补助 资金数(万元)		申请省级资助床 位数(张)	
	以下已投入使用项目填写					
	法人登记证书编号		机构许可(备案回执)编号			
	法人代表姓名		手机			
	以下已开工建设项目填写					
	立项批复(备案)文号		施工许可证编号			
	项目举办单位		项目举办单位法人及联系电话			
	项目举办单位负责人填写	<p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>法人代表签字(加盖单位公章)：      申请时间：    年    月    日</p>				
县级民政部门审核意见	<p>经审查，该单位系新建<input type="checkbox"/>/扩建<input type="checkbox"/>/自有房屋改建补助<input type="checkbox"/>/租赁用房改建项目<input type="checkbox"/>，新增床位    张，符合资助条件，建议资助    万元。</p> <p>以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。</p> <p style="text-align: center;">县级民政部门核查人签字： 县级民政部门负责人签字(加盖单位公章) 年    月    日</p>					
市级民政部门审批意见	<p>经复审，该单位系新建<input type="checkbox"/>/扩建<input type="checkbox"/>/自有房屋改建补助<input type="checkbox"/>/租赁用房改建项目<input type="checkbox"/>，新增床位    张，符合资助条件，核定资助    万元。</p> <p style="text-align: center;">市级民政部门核查人签字： 市级民政部门负责人签字(加盖单位公章) 年    月    日</p>					

注:1. 市级项目不需填写县级民政部门填写审核意见。2. 此表一式四份(市级项目两份)，由县、市民政主管业务科(处)室存档。



## 附件 4

## 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表

日间照料设施实际运营方填写	项目名称		地址	
	类别	社区日间照料中心 <input type="checkbox"/>	农村幸福院 <input type="checkbox"/>	评定等级
	建设规模 (平方米)		设置床位数 (张)	建设投资总额 (万元)
	兴办主体	政府(街道)建 <input type="checkbox"/> 社会建 <input type="checkbox"/> 政府与社会合资合作建 <input type="checkbox"/>		
	运营方式	公建公营 <input type="checkbox"/> 民建民营 <input type="checkbox"/> 委托运营 <input type="checkbox"/>		
	省级是否已给予一次性建设补助	是 <input type="checkbox"/>	给予补助时间	年
				否 <input type="checkbox"/>
	<b>基本运营情况</b>			
	运营单位		运营单位法人 代表及联系电话	
	协议运营年限		开始运营时间	
	申请补助资金额度	万元		
	本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金,本人承诺将用于规定用途,绝不挪作他用。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。			
法定代表人签字(加盖单位公章):		申请时间: 年 月 日		
县级民政部门审核审批意见	经审查,该中心符合资助条件,给予日间照料设施运营奖补 万元。			
	县级民政部门核查人签字:			
	县级民政部门负责人签字(加盖单位公章):			
	年 月 日			

注:此表一式四份,分别由县、市民政部门主管业务科(处)室存档。

## 附件 6

## 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表

姓名		性别		出生年月	年 月
身份证号码				户籍所在地	
毕业院校		毕业证书编号		工作岗位	
全日制学历	中职 <input type="checkbox"/> 技工院校 <input type="checkbox"/> 专科（高职） <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 硕士研究生及以上 <input type="checkbox"/>				
全日制院校 毕业时间	年 月		参加工作时间		年 月
现工作机构					
与现工作机构签订劳动合同时间				年 月	
在本机构连续工作年限	年	本次申请年度	第 年		
本次申请数额（万元）					
本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过省级大中专毕业生入职养老服务一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。  申请人签字：_____ 申请时间： 年 月 日					
经审查，该同志符合资助条件，建议给予入职补助 万元。  所在机构负责人签字（加盖单位公章）_____ 年 月 日					
县级民政 部门 审核意 见	经核实，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务奖补 万元。  县级民政部门核查人签字：  县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）  年 月 日				

注：此表一式两份，由县级民政部门主管业务科（处）室存档。

## 附件 7

## 养老护理员职业技能等级省级补助申请表

姓名		性别		出生年月	年 月
身份号码				户籍所在地	
参加工作时间	年 月				
所在养老机构名称					
开始从事养老 护理岗位时间	年 月	连续从事养老 护理岗位时间	年 个月		
是否曾经领取岗 位技能补贴	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 领取年度_____年 金额 _____ 万元			
现养老护理员职业技能等级	一级/高级工 <input type="checkbox"/> 二级/技师 <input type="checkbox"/> 三级/高级技师 <input type="checkbox"/>				
技能等级证书编号		取得现技能等级证书时间	年 月		
申请省级养老护理员技能等级补助数额 (万元)					
<p>本人郑重声明以上信息完全真实。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>申请人签字：_____ 申请时间： 年 月 日</p>					
<p>经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助 _____ 万元。</p> <p>所在机构负责人签字（加盖单位公章）_____ 年 月 日</p>					

注：此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。