

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 ☐ 扩建补助 ☐ 自有房屋改建补助 ☐ 租赁房屋改建补助 ☐				
	项目类型	养老机构内设护理院 ☐ 专业护理院 ☐ 专业养护院 ☐ 内设分支医疗机构 ☐ 其他 ☐				
	用地方式	划拨土地建设 ☐ 出让土地建设 ☐ 租赁土地建设 ☐ 集体土地建设 ☐				
	建设进度	投入使用 ☐				
	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	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。 法人代表签字(加盖单位公章): 申请时间: 年 月 日				
	县级 民政 部门 审核 意见	经审查,该单位系新建 ☐ /扩建 ☐ /自有房屋改建补助 ☐ /租赁用房改建项目 ☐ ,新增床位 张,符合资助条件,建议资助 万元。 以上信息属实,如有虚假,本人自愿承担法律责任。 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				
市级 民政 部门 审批 意见	经复审,该单位系新建 ☐ /扩建 ☐ /自有房屋改建补助 ☐ /租赁用房改建项目 ☐ ,新增床位 张,符合资助条件,核定资助 万元。 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					

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 2

特困人员供养设施（敬老院）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 (根据实际情况 选择填写)	新建补助□	护理型床位 张数(张)		投资总额(万元)	
		扩建补助□	护理型床位 张数(张)		投资总额(万元)	
		改造提升补助□	护理型床位 张数(张)		投资总额(万元)	
	是否纳入省级三年改造提升项目库		是□ 否□			
	用地方式	划拨土地建设□ 出让土地建设□ 租赁土地建设□ 现有土地建设□				
	建设进度	开工建设□ 投入使用□				
	建筑面积 (平方米)		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				机构备案回执编号	
法定代表人姓名				手机		
项目 举办 单位 负责 人填 写	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。 如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。 法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日					
县级 民政 部门 审核 意见	经审查，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位__张，符合资 助条件，建议资助__万元。 以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。 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					
市级 民政 部门 审批 意见	经复审，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位__张，符合资 助条件，核定资助__万元。 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					

注:此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科处存档。

附件 3

养老机构省级运营奖补申请表

养老机构 (实际运营方) 填写	机构名称		地址			
	法人登记 证书编号		机构许可 (备案回执) 编号			
	开始运营时间	年 月 日	机构负责人 姓名		联系电话	
	运营方式	☐ 民建民营 ☐ 公办养老机构委托运营			评定等级	
	公办养老机构 委托运营实际 运营方名称		公办养老机构委 托运营方法代人 代表		机构床位数 (张)	
	申请运营 补助人数 (人)		半自理(中度失 能)老人(人)		完全不能自理 (重度失能) 老年人(人)	
	申请省级补助资金(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。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。 机构(实际运营方)法人代表签字(加盖单位公章): 年 月 日					
县级民政 部门 审核 意见	经审查,____年度该机构入住老人____人,其中半自理(中度失能)老人____人,完全不能自理(重度失能)老人____人,入住老年人满意率____%,符合资助条件,建议资助____万元。 以上信息属实,如有虚假,本人自愿承担法律责任。 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					
市级民政 部门 审批 意见	经复审,____年度该机构入住自理老人____人,半自理老人____人,不能自理老人____人,符合资助条件,核定资助____万元。 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					

注:1. 市级项目不需填写县级民政部门审核意见栏。2. 此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科（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 ☐ 农村幸福院 ☐		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 ☐ 社会建 ☐ 政府与社会合资合作建 ☐			
	运营方式	公建公营 ☐ 民建民营 ☐ 委托运营 ☐			
	省级是否已给予一次性建设补助		是 ☐ 给予补助时间 年		否 ☐
	基本运营情况				
	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 5

院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表

院校名称		院校所在地址	
院校法人代表		联系电话	
院校上级业务主管单位			
院校设立养老服务相关专业时间			
批准院校设立养老服务相关专业单位			
批准院校设立养老服务相关专业文号			
开始独立招生时间		年 月	
申请省级补助数额(万元)			
独立招生以来分年度养老服务相关专业实际招生规模			
年度	人	年度	人

--	--	--	--

注：本表由相关院校据实填写，一式两份，由省民政厅、财政厅业务主管处室分别存档。

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 ☐ 技工院校 ☐ 专科（高职） ☐ 大学本科 ☐ 硕士研究生及以上 ☐				
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	☐ 否	☐ 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 ☐ 二级/技师 ☐ 三级/高级技师 ☐				
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）					

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。

申请人签字：

申请时间： 年 月 日

经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助 万元。

所在机构负责人签字（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室存档。

附件 8

护理型养老机构省级一次性建设补助项目汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

序号	机构名称	项目地址	申请补助类别				类型				用地方式				建设进度		建设规模			投资规模			县级初审意见		市级审批意见		
			新建补助	扩建补助	自有房屋改建补助	租赁用房改建补助	养老机构内设护理院	专业护理院	内设分支医疗机构	其他	划拨土地建设	自有土地建设	租赁土地建设	集体经济土地建设	开工建设	投入使用	建筑面积（平方米）	原有床位数（张）	新增床位数（张）	项目总投资（万元）	申请补助情况		核定资助床位数（张）	建议资助资金（万元）	核定资助床位数（张）	核定资助资金（万元）	
																					其中申请省级补助资金（万元）	申请省级补助床位数（张）					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
合计			个	个		个						个	个				个										

注：1. 此表以县（市、区）、市为单位逐级统一上报；2. 本表第 3-17 列请对照项目具体情况分别打“√”，第 18-25 列请对照项目具体情况填写具体数字。

附件 9

特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助项目汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

填报时间： 年 月 日

序号	机构名称	项目地址	是否纳入省级三年改造提升项目库		补助类别		建设规模				投资规模				建设进度		县级初审情况				市级审批情况						
			是	否	新建补助	扩建补助	改造提升补助	建筑面积（平方米）	护理型床位数（张）				项目总投入（万元）	申请补助情况				开工建设	投入使用	核定资助新建护理型床位数（张）	核定资助扩建护理型床位数（张）	核定资助改造提升护理型床位数（张）	核定资助资金（万元）	核定资助新建护理型床位数（张）	核定资助扩建护理型床位数（张）	核定资助改造提升护理型床位数（张）	核定资助资金（万元）
									原有床位数	新建床位数	扩建床位数	改造床位数		其中申请省级补助资金（万元）	申请省级补助新建护理型床位数（张）	申请省级补助扩建护理型床位数（张）	申请省级补助改造提升护理型床位数（张）										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

合计																						
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注：1. 此表以县（市、区）、市为单位逐级统一上报；2. 本表第 3-7 列、18-19 列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。

附件 10

养老机构省级运营奖补项目汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

填报时间： 年 月 日

序号	机构名称	养老 机构设立 许可证 编号	机构 运营 时间	运营方式			机构 床位 数（张）	机构申请补助情况					县级初审情况					市级审批情况					
				民 建 民 营	公 办 养 老 机 构 委 托 运 营	实 际 运 营 方 名 称		申 请 运 营 补 助 人 数 （ 人 ）	其 中 自 理 老 人 数 （ 人 ）	半 自 理 （ 轻 度 和 中 度 失 能 ） 老 人 数 （ 人 ）	完 全 不 能 自 理 （ 重 度 失 能 ） 老 人 数 （ 人 ）	申 请 省 级 补 助 资 金 数 （ 万 元 ）	核 定 补 助 人 数 （ 人 ）	其 中 自 理 老 人 数 （ 人 ）	半 自 理 （ 轻 度 和 中 度 失 能 ） 老 人 数 （ 人 ）	完 全 不 能 自 理 （ 重 度 失 能 ） 老 人 数 （ 人 ）	入 住 老 年 人 满 意 率 %	县 级 建 议 资 助 资 金 （ 万 元 ）	核 定 补 助 人 数 （ 人 ）	其 中 自 理 老 人 数 （ 人 ）	半 自 理 （ 轻 度 和 中 度 失 能 ） 老 人 数 （ 人 ）	完 全 不 能 自 理 （ 重 度 失 能 ） 老 人 数 （ 人 ）	市 级 核 定 资 助 资 金 （ 万 元 ）
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
			年 月																				
合计			—	个	个	—																	

注：1. 此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报；2. 本表第 3-4 列请对照项目具体情况分别打“√”，第 6-22 列请对照项目具体情况填写具体数字。

附件 11

社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补项目汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

填报时间： 年 月 日

序号	项目名称	地址	类别		评定等级					建设规模 （平方米）	设置床位 （张）	建设 投资 总额 （万元）	兴办主体			运营方式			运营 主体	运营 时间	县级 确定 补助 资金 （万元）
			社区老年人日间照料中心	农村幸福院	一星	二星	三星	四星	五星				政府（街道）建	社会建	政府与社会合作建	公建公营	民建民营	委托运营			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
合计																					

注：1. 此表以县（市、区）和市为单位逐级统一汇总上报；2. 本表第 3-9 列、13-18 列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。

附件 12

院校设立养老服务相关专业省级奖补汇总表

序号	院校名称	地址	法定代表人	联系电话	上级业务主管单位	设立养老服务相关专业时间	批准设立养老服务相关专业单位	批准文号	开始独立招生时间	申请省级补助金额（万元）	备注

附件 13

大中专毕业生入职养老服务一次性奖补汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	毕业院校	毕业时间	毕业证书编号	学历				参加工作时间	现工作机构名称	入职本养老机构时间（年月）	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	申请大学生入职养老服务补助数额（元）		
									中职（技工院校）	专科（高职）	本科	硕士研究生及以上						第一年度	第二年度	第三年度
合计	- - -	- - -	- - -	—	—			—	—	—	—	—	—		—	—	—			

注：此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报。

附件 14

养老护理员职业技能等级省级奖补汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	参加工作时间	现工作机构	连续从事护理岗位时间（年数）	开始从事护理岗位日期（年月）	现养老护理职业技能等级			取得现职业技能等级证书时间	申请省级养老护理员职业技能等级补助数额（元）
										一级/高级工	二级/技师	三级/高级技师		
合计	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	

注：此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报。

