附件1

社区托老照料机构一次性建设补贴申请表

照料机构名称： 现有托老床位数： 入住人数： 服务人次：

地址： 区 街道

填表日期： 年 月 日 填表人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建成时间 | 使用面积 | 申请补贴床位数 | 登记部门 | | 工作人员数量 | 是否建立管理制度和运行机制 | 是否有由上级机构或拟建分支机构（名称） | 是否符合消防安全 | 是否符合卫生安全 |
| 工商 | 民政 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请补贴金额共计： | | | | | | | | | |

盖章（签名）：

年 月 日