附件8：

社会福利机构购置康复器材补贴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 机构名称 |  | 联系电话 |  |
| 详细地址 |  | 法人 |  |
| 注册时间 |  | 注册机关 |  |
| 机构设立许可（设置批准）证书 |  | 机构登记证书编号 |  |
| 组织机构代码 |  | 出资人 |  |
| 法人类型 | 事业单位□ 民办非企业单位□ 工商企业□ 其他□ |
| 机构类别（性质） | 1．养老机构□ 残疾人福利机构□ 其他机构□ |
| 2．民政部门□ 残联系统□ 街道办□ 民办□ 其他□财政预算□ 自收自支□ 公办民营□ |
| 3. 是否享受市残联职业康复劳动项目资助：是□ 否□ |
| 4.现床位总数： 张；入住残疾人数： 名（其中一二级视力肢体和一二三级智力精神残疾人数： 名；其他： 名） |
| 机构法定代表人签字并盖机构印章 |  按照规定，已购置康复器材共 元，现申请一次性补贴 元。签字 ： 盖 章  年 月 日 |
| 区民政、残联审核意见 |  残联盖章 经办人： 年 月 日  |  民政盖章经办人： 年 月 日 |
| 市民政、残联审核意见 |  残联盖章经办人： 年 月 日 |  民政盖章经办人： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

注:本表一式5份，机构及市、区民政和残联部门各执1份。