**附件1**

**江源区养老机构运营补贴申请表**

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | 法人代表（负责人） | |  |
| 详细地址 |  | | 联系电话 | |  |
| 机构设立时间 |  | | 事业单位登记  证书编号 | |  |
| 民办非企业  单位登记证书 |  | | 工商执照编号 | |  |
| 床位总数 |  | | 入住人员总数 | |  |
| 机构入住人员总数（人） | 其　　中 | | | | |
| 生活自理 | 生活半自理 | | 失能 | |
|  |  |  | |  | |
| 本机构保证以上信息完全真实。根据《吉林省养老服务业发展专项资金管理办法》有关规定，拟申请养老机构运营补贴 万元，并遵守使用规定，如有不实或违反愿承担相关责任。  　　养老机构法人或负责人签字（公章）： 年 月 日 | | | | | |