

# 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<br>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"/><br>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<br>(平方米)                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   | 原有床位数<br>(张)      |  | 新增床位数<br>(张)     |  |
|                            | 投资规模<br>(万元)                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                   | 申请省级补助<br>资金数(万元) |  | 申请省级资助床<br>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<br>举办<br>单位<br>负责<br>人填<br>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<br>民政<br>部门<br>审核<br>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: right;">县级民政部门核查人签字：<br/>县级民政部门负责人签字(加盖单位公章)<br/>年    月    日</p> |                                                                                                                                                                   |                   |  |                  |  |
| 市级<br>民政<br>部门<br>审批<br>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: right;">市级民政部门核查人签字：<br/>市级民政部门负责人签字(加盖单位公章)<br/>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 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<br>(根据实际情况选择填写)                                                                                                                                                                                                   | 新建补助 <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 护理型床位张数(张)                                            |          | 投资总额(万元)     |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                          | 扩建补助 <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 护理型床位张数(张)                                            |          | 投资总额(万元)     |  |
|             |                                                                                                                                                                                                                          | 改造提升补助 <input type="checkbox"/>                                                                                                    | 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 <input type="checkbox"/> 否 <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"/><br>租赁土地建设 <input type="checkbox"/> 现有土地建设 <input type="checkbox"/> |                                                       |          |              |  |
|             | 建设进度                                                                                                                                                                                                                     | 开工建设 <input type="checkbox"/> 投入使用 <input type="checkbox"/>                                                                        |                                                       |          |              |  |
|             | 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。<br>如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。<br><br>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 <input type="checkbox"/> /扩建项目 <input type="checkbox"/> /改造提升项目 <input type="checkbox"/> ，护理型床位___张，符合资助条件，建议资助___万元。<br>以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。<br>县级民政部门核查人签字：<br><br>县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：<br>年    月    日 |                                                                                                                                    |                                                       |          |              |  |
| 市级民政部门审批意见  | 经复审，该单位系新建项目 <input type="checkbox"/> /扩建项目 <input type="checkbox"/> /改造提升项目 <input type="checkbox"/> ，护理型床位___张，符合资助条件，核定资助___万元。<br><br>市级民政部门核查人签字：<br><br>市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：<br>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<br>(实际运营方)<br>填写  | 机构名称                                                                                                                                                                                            |                                                                   | 地址                      |      |                            |  |
|                        | 法人登记<br>证书编号                                                                                                                                                                                    |                                                                   | 机构许可<br>(备案回执) 编号       |      |                            |  |
|                        | 开始运营时间                                                                                                                                                                                          | 年 月 日                                                             | 机构负责人<br>姓名             |      | 联系电话                       |  |
|                        | 运营方式                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 民建民营 <input type="checkbox"/> 公办养老机构委托运营 |                         | 评定等级 |                            |  |
|                        | 公办养老机构<br>委托运营实际<br>运营方名称                                                                                                                                                                       |                                                                   | 公办养老机构委<br>托运营方法人代<br>表 |      | 机构床位数<br>(张)               |  |
|                        | 申请运营<br>补助人数<br>(人)                                                                                                                                                                             |                                                                   | 半自理(中度失<br>能)老人(人)      |      | 完全不能自理<br>(重度失能)<br>老年人(人) |  |
|                        | 申请省级补助资金(万元)                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                         |      |                            |  |
|                        | <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。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。</p> <p>机构(实际运营方)法人代表签字(加盖单位公章): 年 月 日</p>                                                                                           |                                                                   |                         |      |                            |  |
| 县级民政<br>部门<br>审核<br>意见 | <p>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。</p> <p>县级民政部门核查人签字:</p> <p>县级民政部门负责人签字(加盖单位公章)</p> <p>年 月 日</p> |                                                                   |                         |      |                            |  |
| 市级民政<br>部门<br>审批<br>意见 | <p>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。</p> <p>市级民政部门核查人签字:</p> <p>市级民政部门负责人签字(加盖单位公章)</p> <p>年 月 日</p>                                                      |                                                                   |                         |      |                            |  |

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 <input type="checkbox"/>                                                                  |                   | 农村幸福院 <input type="checkbox"/>      | 评定等级                       |  |  |
|               | 建设规模<br>(平方米)                                                   |                                                                                                    | 设置床位数<br>(张)      |                                     | 建设投资总额<br>(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"/> |  |  |
|               | 基本运营情况                                                          |                                                                                                    |                   |                                     |                            |  |  |
|               | 运营单位                                                            |                                                                                                    | 运营单位法人<br>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                                                    | <p>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。</p> <p>县级民政部门核查人签字:</p> <p>县级民政部门负责人签字(加盖单位公章):</p> <p>年 月 日</p> |                   |                                     |                            |  |  |

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 <input type="checkbox"/> 技工院校 <input type="checkbox"/> 专科（高职） <input type="checkbox"/><br>大学本科 <input type="checkbox"/> 硕士研究生及以上 <input type="checkbox"/> |        |        |       |     |
| 全日制院校<br>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。<br><br>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。<br><br>所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日                               |                                                                                                                                                              |        |        |       |     |
| 县级民政<br>部门<br>审核意<br>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。<br><br>县级民政部门核查人签字：<br><br>县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）<br><br>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<br>护理岗位时间                                                               | 年 月                                                                                             | 连续从事养老<br>护理岗位时间                                  | 年 个月 |       |     |
| 是否曾经领取岗<br>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<br>(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。

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书编号 | 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) | 其中自理老人人数(人) | 半自理(轻度和中度失能)老人人数(人) | 完全不能自理(重度失能)老人人数(人) | 申请省级补助资金数(万元) | 核定补助人数(人) | 其中自理老人人数(人) | 半自理(轻度和中度失能)老人人数(人) | 完全不能自理(重度失能)老人人数(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) | 其中自理老人人数(人) | 半自理(轻度和中度失能)老人人数(人) | 完全不能自理(重度失能)老人人数(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<br>(平方米) | 设置床位<br>(张) | 建设投资总额<br>(万元) | 兴办主体    |     |          | 运营方式     |          |      | 运营主体 | 运营时间 | 县级确定<br>补助资金<br>(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<br>公营 | 民建<br>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                | 第二年 | 第三年 |
|    |             |             |             |       |       |      |      |        |          |        |    |          |        |         |               |                    |            |                    |     |     |
| 合计 | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | -<br>-<br>- | —     | —     |      |      | —      | —        | —      | —  | —        | —      |         | —             | —                  | —          |                    |     |     |

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。