

太原市民办（营）养老机构运营补助申请表

() 年度

基本情况	机构名称						
	机构住所						
	许可证书编号		登记床位数（张）				
	法人证书编号★		是否为公建民营		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	营业执照注册号★		注册资金（万元）				
	法定代表人		登记机关				
	联系电话		电子邮箱				
	邮政编码		执业时间				
	开户银行						
	银行账号						
	银行行号						
服务情况	月份	1月	2月	3月	4月	5月	6月
	自理（a）						
	半自理（b）						
	不能自理（c）						
	月份	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	自理（a）						
	半自理（b）						
	不能自理（c）						
承诺声明	一、我单位保证以上所填写信息内容及所有申报材料的真实性。 二、我单位自愿按照规定时限、地点，接受民政、财政部门的核查，并按要求提供真实反映单位情况的证明材料。 三、我单位承诺严格按照规定的用途使用补助资金，自愿承担由此产生的一切后果。						
	申请机构（盖章）		机构法定代表人（签字）：_____				
申请日期：_____年____月____日							
年服务量合计 (1—12月)累加	a:	申请补助金额 (a、b、c 分别×资 助标准)		a:	合计 (万元)		
	b:			b:			
	c:			c:			

注：本表一式三份，市、县（市、区）民政局各一份，养老机构留存一份；“★”为选填项。