附件2

**沈阳市民办养老机构运营补贴审批表**

单位：人、元

开业时间联系电话

民办非企业登记证书编号和机构代码证号

机构名称详细地址

法人代表

养老机构许可证编号

建筑面积

核准床位数

职工情况

民办养老机构填写

管理人员

服务人员

其他人员

总数

合计

1月

2月

3月

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

申请补贴床次数

本机构郑重声明以上信息完全真实，且本申请年度内我机构无严重责任事故和重大服务纠纷，无侵害入住老年服务对象合法权益的现象。特此申请运 营补贴。

盖 章 ：

年 月 日

合计

1月

2月

3月

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

符合补贴床次数

县（市、区） 民政、财政部门审核意见

补贴金额

盖 章 ：

年 月 日

合计

1月

2月

3月

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

符合补贴床次数

市民政、财政部门审核意见

补贴金额

盖 章 ：

年 月 日

沈阳市民政局办公室 2018 年 10 月 24 印发