|  |
| --- |
| 表一**福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表**（非营利性、养老服务PPP工程包项目一次性开办补助） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 | 　 | 负责人 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电　话 | 　 |
| 开办时间 | 年　 　月　　 日　 | 投入运营情况 |  |
| 核定床位数（张） | 　 | 地　址 | 　 |
| 项目性质及年检情况 | 项目性质（非营利性□ PPP项目□）　需要年检（是□ 否□）　年检情况（通过□ 未通过□） |
| 用房情况 | 自建（是□ 否□） | 租赁（租期：从　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日） |
| 省级一次性开办补助历史情况 | 曾补助□　　　未补助□ | 申请补助金额（万元） | 　 |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 设区市民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 省民政厅、财政厅审批意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.开办时间以《民办非企业单位（法人）证书》或《营业执照》记载时间为准。2.项目性质及年检情况、用房情况、省级一次性开办补助历史情况等项目在符合本单位实际的选项打“√”。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表二 |  |  |  |
| **福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表** （民办非营利性、养老服务PPP工程包一次性开办补助） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　 月　 　日 |
| 机构名称 | 　 | 负责人 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电　话 | 　 |
| 开办时间 | 年　 　月　　 日　 | 投入运营情况 | 　 |
| 核定床位数（张） | 　 | 地　址 | 　 |
| 项目性质及年检情况 | 项目性质（非营利性□ PPP项目□） 　需要年检（是□ 否□） 　年检情况（通过□ 未通过□） |
| 用房情况 | 自建（是□否□） | 租赁（租期：从　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日） |
| 市级一次性开办补助历史情况 | 曾补助□　　　未补助□ | 本次申请补助金额（万元） | 　 |
| 补助年度 | 第 年度（1-5年度） |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.开办时间以《民办非企业单位（法人）证书》或《营业执照》记载时间为准。2.项目性质及年检情况、用房情况、市级一次性开办补助历史情况等项目在符合本单位实际的选项打“√”。3.申请补助金额：五城区，用房属自建的，每张床位7500元；用房属租赁的，每张床位3500元，分五年下达。4.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表三 |  |  |  |
| **福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表** （公建民营养老机构一次性开办补助） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 公建养老机构名称 |  | 运营机构名称 |   |
| 公建民营时间 | 年 　　 月　　 日 | 联系人及电话 |  |
| 备案时间 | 年 　　 月　　 日 | 投入运营情况 |  |
| 核定床位数（张） | 　 | 地　址 | 　 |
| 项目性质及年检情况 | 非营利性（是□ 否□）　 　 年检情况（通过□ 未通过□） |
| 用房情况 | 租赁（租期：从　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日） |
| 5年申请补助资金总额（万元） |  | 公建民营租金总额（万元） |  | 补助资金总额是否超过租金总额的20% | 是□ 否□  |
| 市级一次性开办补助历史情况 | 曾补助□　　　未补助□ | 本次申请补助金额（万元） | 　 |
| 补助年度 | 第 年度　（1-5年度） |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：注：1.开办时间以《民办非企业单位（法人）证书》或《营业执照》记载时间为准。2.项目性质及年检情况、用房情况、市级一次性开办补助历史情况等项目在符合本单位实际的选项打“√”。3.申请补助金额：五城区，用房属自建的，每张床位7500元；用房属租赁的，每张床位3500元，分五年下达。4.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |
| --- |
| 表四**福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表** （公办医疗机构设立的养老机构一次性开办补助） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 公办医疗机构名称 |  | 设立的养老机构名称 |   |
| 设立养老机构时间 | 年 　　 月　　 日 | 联系人及电话 |  |
| 备案时间 | 年 　　 月　　 日　 | 投入运营情况 |  |
| 核定床位数（张） | 　 | 地　址 | 　 |
| 年审情况 | 　 　 年审情况（通过□ 未通过□） |
| 用房情况 | 自建（是□否□） | 租赁（租期：从　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日） |
| 市级一次性开办补助历史情况 | 曾补助□　　　未补助□ | 本次申请补助金额（万元） | 　 |
| 补助年度 | 第 年度　（1-5年度） |
| 公办医疗机构主管部门意见 |  |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：注：1.开办时间以《民办非企业单位（法人）证书》或《营业执照》记载时间为准。2.项目性质及年检情况、用房情况、市级一次性开办补助历史情况等项目在符合本单位实际的选项打“√”。3.申请补助金额：五城区，用房属自建的，每张床位7500元；用房属租赁的，每张床位3500元，分五年下达。4.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |
| --- |
| 表五**福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表**（非营利性、养老服务PPP工程包项目床位运营补贴） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 | 　 | 负责人 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电　话 | 　 |
| 开办时间 | 年 　　 月　　 日　 | 投入运营时间 | 年 　　 月　　 日　 |
| 核定床位数（张） | 　 | 其中护理型床位数（张） | 地　址 | 　 |
| 　 |
| 项目性质及年检情况 | 项目性质（非营利性□　PPP项目□）需要年检（是□否□）　　年检情况（通过□未通过□） |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住床位数（张） | 非护理型 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 护理型 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 年平均入住床位数（张） | 非护理型 | 　 | 申请补助金额（万元） | 　 | 非护理型床位补助（万元） | 护理型床位补助（万元） |
| 护理型 | 　 | 　 | 　 |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 设区市民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 省民政厅、财政厅审批意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住床位数＝本月每天实际入住床位累计数/本月实际天数；年平均入住床位数=全年每天　　　实际入住床位累计数/全年实际天数。　　2.申请省级补助金额=年平均入住床位数×1000元（护理型为1200元）。　　3.项目性质及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。 |

|  |
| --- |
| 表六**福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表**（非营利性、养老服务PPP工程包项目床位运营补贴）填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 |  | 负责人 |  |
| 联系人 |  | 电　话 |  |
| 开办时间 | 年　 　月　　 日 | 投入运营时间 |  年　 　月　　 日 |
| 星级 |  四星级□ 五星级 □ | 星级有效期限截止时间 | 年　 月　　 日 |
| 核定床位数（张） |   | 其中护理型床位数（张） | 地　址 |  |
|  |
| 项目性质及年检情况 | 项目性质（非营利性□　PPP项目□）需要年检（是□否□）　　年检情况（通过□未通过□） |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住床位数（张） | 非护理型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 护理型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年平均入住床位数（张） | 非护理型 |  | 申请补助金额（万元） |  | 非护理型床位补助（万元） | 护理型床位补助（万元） | 星级运营补助（万元） |
| 护理型 |  |  |  |  |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住床位数＝本月每天实际入住床位累计数/本月实际天数；年平均入住床位数=全年每天　　　实际入住床位累计数/全年实际天数。　　2.申请市级非护理型补助金额=年平均入住非护理型床位数×600元。3.申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800元。4.申请市级星级运营补助金额=年平均入住床位数×50元（或100元）。　　5.项目性质、星级情况及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。6.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表七 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表**（公建民营床位运营补贴） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 公办养老机构名称 | 　 | 运营机构名称 | 　 |
| 公建民营时间 | 　年　 　月　 　日 | 联系人及电话 | 　 |
| 核定床位数（张） | 　 | 护理型床位数（张） | 地　址 | 　 |
| 　 |
| 年检情况 | 需要年检（是□否□）　　　　　年检情况（通过□未通过□） |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住床位数（张） | 非护理型 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 护理型 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 年平均入住床位数（张） | 非护理型 | 　 | 申请补助金额（万元） | 　 | 非护理型床位补助（万元） | 护理型床位补助（万元） |
| 护理型 | 　 | 　 | 　 |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 设区市民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 省民政厅、财政厅审批意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住床位数＝本月每天实际入住床位累计数/本月实际天数；年平均入住床位数=全年每天　　　实际入住床位累计数/全年实际天数。　　2.申请省级补助金额=年平均入住床位数×1000元（或1200元）。　　3.年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表八 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表**（公建民营床位运营补贴） |
| 填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 公办养老机构名称 |  | 运营机构名称 |  |
| 公建民营时间 | 年　 　月　　 日 | 联系人及电话 |  |
| 核定床位数（张） |  | 护理型床位数（张） | 地　址 |  |
|  |
| 星级 | 四星级□ 五星级□ | 星级有效期截止时间 | 年 月 日 |
| 年检情况 | 需要年检（是□否□）　　　　　年检情况（通过□未通过□） |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住床位数（张） | 非护理型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 护理型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年平均入住床位数（张） | 非护理型 |  | 申请补助金额（万元） |  | 非护理型床位补助（万元） | 护理型床位补助（万元） | 星级运营补助（万元） |
| 护理型 |  |  |  |  |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住床位数＝本月每天实际入住床位累计数/本月实际天数；年平均入住床位数=全年每天　　　实际入住床位累计数/全年实际天数。　　2.年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。3.申请市级非护理型补助金额=年平均入住非护理型床位数×600元。4.申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800元。5.申请市级星级运营补助金额=年平均入住床位数×50元（或100元）。　　6星级情况及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。7. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表九 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表**（营利性养老机构护理型床位运营补贴） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 | 　 | 负责人 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电　话 | 　 |
| 开办时间 | 年　 　月　　 日　 | 投入运营时间 | 年　 　月　　 日　 |
| 核定床位数（张） | 　 | 护理型床位数（张） | 护理床位比例（%） | 地　址 | 　 |
| 　 | 　 |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住失能老年人床位数（张） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 年平均入住失能老年人床位数（张） | 　 | 申请补助金额（万元） | 　 |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 设区市民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 省民政厅、财政厅审批意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：月平均入住失能老年人床位数＝本月每天实际入住失能老年人床位累计数/本月实际天数；　　年平均入住失能老年人床位数=全年每天实际入住失能老年人床位累计数/全年实际天数。　　申请省级补助金额=年平均入住失能老年人床位数×1200元。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表十 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表**（营利性养老机构护理型床位运营补贴） |
| 填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 |  | 负责人 |  |
| 联系人 |  | 电　话 |  |
| 开办时间 | 年　 　月　　 日 | 投入运营时间 | 年　 　月　　 日 |
| 星级 | 四星级□ 五星级□ | 星级有效期截止时间 | 年　 　月　　 日 |
| 核定床位数（张） |  | 护理型床位数（张） | 护理床位比例（%） | 地　址 |  |
|  |  |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住失能老年人床位数（张） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年平均入住失能老年人床位数（张） |  | 申请补助金额（万元） |  | 护理型床位补助（万元） | 星级运营补助（万元） |
|  |  |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住失能老年人床位数＝本月每天实际入住失能老年人床位累计数/本月实际天数；　　 年平均入住失能老年人床位数=全年每天实际入住失能老年人床位累计数/全年实际天数。　　 2.申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800元。3.申请市级星级运营补助金额=年平均入住失能老年人床位数×50元（或100元）。　　 4.星级情况情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。 5.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |
| --- |
| **表十一****福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表**（公立医疗机构设立的养老机构床位运营补贴） |
| 填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 公办医疗机构名称 |  | 设立的养老机构名称 |  |
| 养老机构备案时间 | 年　 　月　　 日 | 联系人及电话 |  |
| 核定床位数（张） |  | 护理型床位数（张） | 地　址 |  |
|  |
| 星级 | 四星级□ 五星级□ | 星级有效期截止时间 | 年 月 日 |
| 年检情况 | 需要年检（是□否□）　　 　　　年检情况（通过□未通过□） |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住床位数（张） | 非护理型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 护理型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年平均入住床位数（张） | 非护理型 |  | 申请补助金额（万元） |  | 非护理型床位补助（万元） | 护理型床位补助（万元） | 星级运营补助（万元） |
| 护理型 |  |  |  |  |
| 公立医疗机构主管部门意见 |  |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住床位数＝本月每天实际入住床位累计数/本月实际天数；年平均入住床位数=全年每天　　　实际入住床位累计数/全年实际天数。　　2.年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。3.申请市级非护理型补助金额=年平均入住非护理型床位数×600元。4.申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800元。5.申请市级星级运营补助金额=年平均入住床位数×50元（或100元）。　　6.星级情况及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。7.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表十二 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表**（民办营利性和非营利性居家养老服务照料中心护理型床位运营补贴） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 | 　 | 负责人 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电　话 | 　 |
| 开办时间 | 　年 　　 月　　 日 | 投入运营时间 | 年 　　 月　　 日　 |
| 床位数（张） | 　 | 地　址 | 　 |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住失能老年人床位数（张） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 年平均入住失能老年人床位数（张） | 　 | 申请补助金额（万元） | 　 |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 设区市民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 省民政厅、财政厅审批意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：月平均入住失能老年人床位数＝本月每天实际入住失能老年人床位累计数/本月实际天数；　　年平均入住失能老年人床位数=全年每天实际入住失能老年人床位累计数/全年实际天数。　　申请省级补助金额=年平均入住失能老年人床位数×600元。  |

|  |
| --- |
| 表十三**福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表**（民办营利性和非营利性居家养老服务照料中心护理型床位运营补贴） |
| 填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 机构名称 |  | 负责人 |  |
| 联系人 |  | 电　话 |  |
| 开办时间 | 年 月 日 | 投入运营时间 | 年 月 日 |
| 星级 |  四星级□ 五星级□ | 星级有效期限截止时间 | 年 月 日 |
| 床位数（张） |  | 地　址 |  |
| 月　份 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 月平均入住失能老年人床位数（张） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年平均入住失能老年人床位数（张） |  | 申请补助金额（万元） |  | 护理型床位补助（万元） | 星级运营补助（万元） |
|  |  |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.月平均入住失能老年人床位数＝本月每天实际入住失能老年人床位累计数/本月实际天数；　　年平均入住失能老年人床位数=全年每天实际入住失能老年人床位累计数/全年实际天数。2.申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×400元。3.申请市级星级运营补助金额=年平均入住失能老年人床位数×50元（或100元）。　　4.项目性质、星级情况在符合本单位实际的选项打“√”。5.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |
| --- |
| 表十三福州市责任保险保费财政补助资金审批表（公立医疗机构设立的养老机构） |
| 填表时间： 年 月 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保险项目** | 责任保险 | **公立医疗机构名称** |  |
| **养老机构名称** |  | **养老机构法定代表人** |  |
| **机构地址** |  |
| **备案时间（或取得养老机构设立许可证的时间）** |  |
| **保险责任范围及限额（请结合投保实际情况，达到或超过设定条件的，请在相应选项□内打√。)** | **人身伤亡责任（□有 □无）** | **无责救助（□有 □无）** | **法律费用（□有 □无）** |
| □1、伤亡赔偿限额20万元/人□2、医疗费用限额2万元/人□3、护理费限额：100元/天,最高 180天□4、伙食补助费限额：40元/天， 最高180天□5、精神损害赔偿限额：2万元/人□6、交通费限额：1000元/人□7、对超出1-6项各自责任限额部 分的赔偿，在20万元总额内予 以补充支付 | □1、意外伤亡赔偿限额1万元/人□2、医疗费用赔偿限额0.5万元/ 人 | □每次事故20万元 |
| **保险期限（年）** |  | **保费标准（元/人/年）** |  |
| **年平均实际入住床位数（床）** |  | **实际投保老人数（人）** |  |
| **保费金额（元）** |  | **申请保费财政补助资金****金额（元）** |  |
| 县（市）区民政局：  我机构已按规定要求投保养老机构责任保险 ，现申请 年度保费财政补助资金，共计人民币 元。  申请机构（公章）：  养老机构法定代表人（签章）：  年 月 日 |
| 公立医疗机构主管部门意见： |
| 县（市）区民政部门意见：   （公章）： 年 月 日 | 县（市）区财政部门意见：  （公章）： 年 月 日  |

|  |
| --- |
| 注：1、保险期限以一年为一个保险周期； 2、年平均实际入住床位数=全年每天实际入住床位累计数÷全年实际天数； 3、实际投保人数按养老机构与保险公司实际签订合同并出具保单，且已交纳一年保费的实际投保人数为准； 4、保费金额=实际投保人数×保费标准； 5、申请保费财政补助金额=实际投保人数×60元。1. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表十四 |  |  |  |
| 福州市责任保险保费财政补助资金审批表（一般养老机构） |
| 填表时间： 年 月 日 |
| **保险项目** | 责任保险 |
| **照料中心名称** |  | **负责人** |  |
| **照料中心地址** |  |
| **备案时间** |  |
| **保险责任范围及限额（请结合投保实际情况，达到或超过设定条件的，请在相应选项□内打√。)** | **人身伤亡责任（□有 □无）** | **无责救助（□有 □无）** | **法律费用（□有 □无）** |
| □1、伤亡赔偿限额20万元/人□2、医疗费用限额2万元/人□3、护理费限额：100元/天,最高 180天□4、伙食补助费限额：40元/天， 最高180天□5、精神损害赔偿限额：2万元/人□6、交通费限额：1000元/人□7、对超出1-6项各自责任限额部 分的赔偿，在20万元总额内予 以补充支付 | □1、意外伤亡赔偿限额1万元/人□2、医疗费用赔偿限额0.5万元/ 人 | □每次事故20万元 |
| **保险期限（年）** |  | **保费标准（元/人/年）** |  |
| **年平均实际入住床位数（床）** |  | **实际投保老人数（人）** |  |
| **保费金额（元）** |  | **申请保费财政补助资金****金额（元）** |  |
| 县（市）区民政局：  我居家社区养老服务照料中心已按规定要求投保责任保险 ，现申请 年度保费财政补助资金，共计人民币 元。  居家社区养老服务照料中心（公章）：  居家社区养老服务照料中心负责人（签章）：  年 月 日 |
| 县（市）区民政部门意见：  （公章）： 年 月 日 | 县（市）区财政部门意见： （公章）：  年 月 日 |
| 注：1、保险期限以一年为一个保险周期； 2、年平均实际入住床位数=全年每天实际入住床位累计数÷全年实际天数； 3、实际投保人数按养老机构与保险公司实际签订合同并出具保单，且已交纳一年保费的实际投保人数为准； 4、保费金额=实际投保人数×保费标准； 5、申请市级保费财政补助金额=实际投保人数×60元。 6、表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |
| 表十五 |  |  |  |
| 福州市责任保险保费财政补助资金审批表（居家社区养老服务照料中心） |
| 填表时间： 年 月 日 |
| **保险项目** | 责任保险 |
| **照料中心名称** |  | **负责人** |  |
| **照料中心地址** |  |
| **备案时间** |  |
| **保险责任范围及限额（请结合投保实际情况，达到或超过设定条件的，请在相应选项□内打√。)** | **人身伤亡责任（□有 □无）** | **无责救助（□有 □无）** | **法律费用（□有 □无）** |
| □1、伤亡赔偿限额20万元/人□2、医疗费用限额2万元/人□3、护理费限额：100元/天,最高 180天□4、伙食补助费限额：40元/天， 最高180天□5、精神损害赔偿限额：2万元/人□6、交通费限额：1000元/人□7、对超出1-6项各自责任限额部 分的赔偿，在20万元总额内予 以补充支付 | □1、意外伤亡赔偿限额1万元/人□2、医疗费用赔偿限额0.5万元/ 人 | □每次事故20万元 |
| **保险期限（年）** |  | **保费标准（元/人/年）** |  |
| **年平均实际入住床位数（床）** |  | **实际投保老人数（人）** |  |
| **保费金额（元）** |  | **申请保费财政补助资金****金额（元）** |  |
| 县（市）区民政局：  我居家社区养老服务照料中心已按规定要求投保责任保险 ，现申请 年度保费财政补助资金，共计人民币 元。  居家社区养老服务照料中心（公章）：  居家社区养老服务照料中心负责人（签章）：  年 月 日 |
| 县（市）区民政部门意见：  （公章）： 年 月 日 | 县（市）区财政部门意见： （公章）： 年 月 日 |
| 注：1、保险期限以一年为一个保险周期； 2、年平均实际入住床位数=全年每天实际入住床位累计数÷全年实际天数； 3、实际投保人数按养老机构与保险公司实际签订合同并出具保单，且已交纳一年保费的实际投保人数为准； 4、保费金额=实际投保人数×保费标准； 5、申请市级保费财政补助金额=实际投保人数×60元。 6、表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

|  |
| --- |
| 表十六**福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表**（医养结合补助） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填表日期：　　　年　　月　　日 |
| 养老机构名称 | 　 | 医疗机构执业许可证编号 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电　话 | 　 |
| 备案时间 | 年 　　 月　　 日　 | 投入运营情况 | 　 |
| 核定床位数（张） | 　 | 地　址 | 　 |
| 项目性质及年检情况 | 营利性纳税情况 （完成□ 未完成□） 　 | 非营利性　年检情况 （通过□ 未通过□） | 事业单位年检情况（通过□ 未通过□） |
| 医疗机构执业许可证 | 有效期起止时间： 年 　　 月　　 日至 年 　　 月　　 日 |
| 医养结合方式 | 1.设置诊所、卫生所（室内）、医务室 □2.设置护理站 □ | 申请补助金额（万元） | 8万元□　 10万元□ |
| 县级民政局、财政局意见 | 民政局 | 财政局 |
| 注：1.项目性质及年检情况、医疗卫生职业许可证、医养结合方式、申请补助金额等项目在符合本单位实际的选项打“√”。 2补助标准：（1）设置诊所、卫生所（室内）、医务室的补助8万元。（2）设置护理站的补助10万元。 3.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 |

证 明

XX县（市）区民政局：

 兹证明XX养老机构在我司投保了责任保险，具体情况如下：

1. 机构名称： 法定代表人：
2. 机构地址：
3. 投保人数： 保费标准： （元/人）
4. 投保时间： 保险期限：
5. 保费金额： 元
6. 责任保险投保范围\_\_\_\_\_\_(是/否）包含人身伤亡责任险、无责救助和法律费用三项。
7. 投保的责任保险限额\_\_\_\_（是/否）满足以下最低标准：

（1）人身伤亡责任限额

①伤残、死亡赔偿限额：20万元/人，其中伤残的按比例赔付；

②医疗费用（含残疾用具费用）责任限额：2万元/人；

③住院期间护理费责任限额：100元/天，最高180天；

④住院期间的伙食补助费责任限额：40元/天，最高180天；

⑤精神损害赔偿责任限额：2万元/人；

⑥交通费赔偿责任限额：1000元/人；

⑦每人每次事故人身伤亡责任限额的总额为20万元，对超出上述（1）-（6）项各自责任限额部分的赔偿，在20万元总额内予以补充支付。

2、法律费用责任限额：每次事故20万元。

3、养老机构规模（按投保人数）50人（含）以内、51人～100人、101人～200人、201人以上每年累计责任限额分别为200万元、250万元、300万元、350万元。

4、无责救助

（1）意外伤害、死亡伤残赔偿限额：1万元/人；

（2）意外伤害医疗费用赔偿限额：0.5万元/人。

特此证明

 XX保险公司（盖章）

 XX年XX月XX日