|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件1  **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“√”。 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  | |
| **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。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3 |  | |  |  | |
| **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。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4  **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。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5  **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“√”。 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6  **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。 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件7  **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“√”。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件8  **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。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **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。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件11  **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。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件13  **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。 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 附件14  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。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件15  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 | | |
| **机构名称** |  | **负责人** |  |
| **机构地址** |  | | |
| **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。   养老机构（公章）：   养老机构负责人（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。 | | | |
| 附件16 |  |  |  |
| 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。 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件17  **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 |  | 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 □ | 设置诊所/卫生所/医务室/护理站的时间 | 年 　　 月　　 日  （以首次取得医疗机构执业许可证时间为准） |
| 申请补助  金额  （万元） | 4万元□　 5万元□ | | |
| 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，市级补助50%。（2）设置护理站的补助10万元。市级补助50%。3.表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。 | | | |

附件18

证 明（模板）

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