崇阳县养老机构建设补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老  机构  填写 | 项目名称 |  | | | 项目地址 | | |  | | | | |
| 申请补助类别  (根据实际情况  选择填写) | 新建补助口 | | | 护理型床位  张数(张) | | |  | 投资总额(万元) | | |  |
| 扩建补助口 | | | 护理型床位  张数(张) | | |  | 投资总额(万元) | | |  |
| 改造提升补助口 | | | 护理型床位  张数(张) | | |  | 投资总额(万元) | | |  |
| 用地方式 | 划拨土地建设□ 出让土地建设□  租赁土地建设□ 现有土地建设□ | | | | | | | | | | |
| 建设进度 | 开工建设口 投入使用口 | | | | | | | | | | |
| 建筑面积  (平方米) |  | | 申请补助 | | |  | | 申请资助床位数(张) | |  | |
| 资金数(万元) | | |
| **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。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。  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，该单位系新建项目口/扩建项目口/改造提升项目口，护理型床位 张，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。  县级民政部门核查人签字： 县级民政部门负责人签字(加盖单位公章):  年 月 日 | | | | | | | | | | | |