附件3

江门市区民办社会福利机构新增床位补助申请表

|  |
| --- |
| **机构基本情况** |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 地 址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 核定床位数 |  | 实际床位数 |  |
| 占地面积 |  | 建筑面积 |  | 投资总额 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 食品经营许可证编号 |  |
| 补助金额（元） | （大写： ） |
| 开户银行 |  | 开户名称 |  |
| 银行账号 |  | 财务人员证号 |  |
| **员 工 概 况** |
| 管理人员 |  | 持证人数 |  | 医技人数 |  | 护士人数 |  |
| 护理员数 |  | 持证人数 |  | 工勤人数 |  | 员工总数 |  |
| **申请内容（床位核算）** |
| 单人间数 |  | 双人间数 |  | 三人间数 |  | 多人间数 |  |
| 房间总数 |  | 床位总数 |  | 平均床位建筑面积 |  | 平均床位使用面积 |  |
| **声 明**本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《江门市人民政府关于印发<江门市民办社会福利机构管理实施细则>的通知》（江府〔2018〕31号）和补助经费的相关规定。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。 经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名： （单位盖章） 年 月 日 |
| **承 诺**本机构承诺自提交本表之日起不会申请变更为经营性民办社会福利机构。如有违反，自愿接受民政、财政部门收回已拨付补助资金。经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名： （单位盖章） 年 月 日 |
| **审 批 意 见** |
| 区民政局审批意见 |  （单位盖章）承办人签名： 年 月 日 |

备注：本表 “市区”是指蓬江区、江海区、新会区三地。本表一式五份，区民政局、区财政局、市民政局、市财政局和申请机构各保留一份。