**附** **件** **1**

武汉市养老服务补贴申请材料目录

**一 、养老机构建设运营补贴**

**(一)民办非营利性养老机构建设补贴**

1.《民办非企业单位登记证书》复印件；

2.五年以上房屋租赁或使用合同(自建产权举办的需供房产证明、五年不改变房屋使用用途承诺);

3.消防验收合格证明材料；

4.属自建房屋的，提供房屋安全鉴定报告；

5.武汉市养老机构(养老服务综合体)建设补贴申请表(附件1—1)。

**(二)养老服务综合体建设补贴**

1.《民办非企业单位登记证书》或《营业执照》复印件；

2.利用国有资产或政府购买、租赁(租赁期限五年上合同 ) 证明材料；

3.消防验收合格证明材料；

4.收费实行普惠价格协议；

5.武汉市养老机构(养老服务综合体)建设补贴申请 表(附件1-1)。

**(三)民办养老机构运营补贴**

1.《民办非企业单位登记证书》年检合格证明材料或《营业执照》复印件；

2.养老机构等级评定报告复印件；

3.代养老人入住协议书；

4.申报失能老人床位运营补贴的，提供由区民政部门委托的第三方专业机构出具的老年人能力评估报告；

5.养老机构上年度报告书；

6.武汉市民办养老机构运营补贴申请表(附件1-2)。

**（四）养老服务综合体、农村福利院代养社会老人运营补贴**

1.养老机构等级评定报告复印件；

2.代养社会老人入住协议书；

3.申报失能老人床位运营补贴的，提供由区民政部门委托第三方专业机构出具的老年人能力评估报告；

4.武汉市养老服务综合体(农村福利院)运营补贴申请表(附件1-3)。

**二、城乡养老服务设施建设运营补贴**

**(一)社区养老服务设施建设运营补贴**

1.建设运营补贴申请书；

2.建设图纸或建设方案；

3.第三方专业造价咨询单位出具的工程造价结算报告、会计师事务所出具的竣工决算审核(计)报告；

4.运营合同或项目协议、等级评定证书；

5.武汉市社区养老服务设施建设、运营补贴申请表(附件1-4、1-5)。

**(二)农村养老服务设施建设运营补贴**

1.建设运营补贴申请书；

2.武汉市农村养老服务设施建设、运营补贴申请表(附件1-6、1-7)。

**(三)家庭养老床位建设奖励运营补贴**

依据武汉市养老服务综合平台对老年人基础信息、服务机构 信息、评估机构信息、床位信息、设备信息、服务协议、服务数据、床位认定结果等申请补贴。

**附件1-1**

**武汉市养老机构(养老服务综合体)建设补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 ( 申 报 机 构 填 写 ) | | | | | | | |
| 名 称 |  | | 地 址 | |  | | |
| 法人登记机关 |  | | 登记日期 | |  | | |
| 法人登记证号 |  | | 法定代表人姓名 及身份证号 | |  | | |
| 机构性质 |  | | 机构产权性质 (自有/租赁) | |  | | |
| 备案管理登记证 登记号 |  | | 备案日期 | |  | | |
| 备案养老床位数 |  | | 机构联系人姓名 及联系方式 | |  | | |
| 申报建设补贴床  位数(张) |  | 其中 | | | | | |
| 当年新、扩建床位数 | | 申请第二次补贴 拨付实际床位数 | | 申请第三次补贴拨付 实际床位数 | |
|  | |  | |  | |
| **本机构承诺以上及所附数据资料真实有效，如有不实，愿承担相关处罚，**  申请人(机构法人签字): 盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 街道审核意见 (养老服务综合 体须填写该栏) | 经办人(签字):  负责人(签字) | | (单位盖章)  年 月 日 | | | | |
| **补贴核准情况(区民政部门填写)** | | | | | | | |
| 机构性质 |  | 机构产权性质 (自有/租赁) | |  | | 补贴标准 元/张 |  |
| 核定补贴床位数  (张) |  | 其中 | | | | | |
| 当年新、扩建床位数 | | 第二次拨付补贴 床位数 | | 第三次拨付补贴床位 数 | |
|  | |  | |  | |
| 核定补贴金额  (万元) |  | 其中 | | | | | |
| 属第一次拨付的 | | 属第二次拨付的 | | 属第三次拨付的 | |
|  | |  | |  | |
| 区民政部门审批 意见 | 经办人(签字)  局领导(签字): | | (单位盖章)  年 月 日 | | | | |

**附件1-2**

**武汉市民办养老机构运营补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 ( 申 报 机 构 填 写 ) | | | | | | | | |
| 名 称 |  | | | 地 址 | |  | | |
| 法人登记机关及 登记日期 |  | | | 机构等级及  评定时间 | |  | | |
| 法人登记证号 |  | | | 法定代表人姓名 及身份证号 | |  | | |
| 机构性质 |  | | | 类 别 | | 经营性()非营利性( ) | | |
| 备案管理登记证 登记号 |  | | | 备案日期 | |  | | |
| 备案养老床位数 |  | | | 机构联系人姓名 及联系方式 | |  | | |
| 申报运营补贴床  位数(张) | **床位合计(** **)张** | | | | | | | |
| 其中，自理老人床位数小计( )张 | | | | 其中，失能老人床位数小计( )张 | | | |
| 1 月 |  | 7 月 |  | 1 月 |  | 7 月 |  |
| 2 月 |  | 8月 |  | 2 月 |  | 8月 |  |
| 3 月 |  | 9月 |  | 3 月 |  | 9月 |  |
| 4 月 |  | 10月 |  | 4 月 |  | 10月 |  |
| 5 月 |  | 11月 |  | 5 月 |  | 11月 |  |
| 6 月 |  | 12月 |  | 6 月 |  | 12月 |  |
| **本机构承诺以上及所附数据资料真实有效，如有不实，愿承担相关处罚**  申请人(机构法人签字);  盖章  年 月 日 | | | | | | | | |

—15 —

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **补** **贴** **核** **准** **情** **况** **(** **区** **民** **政** **部** **门** **填** **写** **)** | | | | | | | | |
| 机构性质 |  | | | 类 别 | | 经营性( )非营利性( ) | | |
| 机构等级及评定 时间 |  | | | | | | | |
| 核定运营补贴床  位数(张) | **床位合计(** **)张** | | | | | | | |
| 其中，自理老人床位数小计( )张 | | | | 其中，失能老年人床位数小计( )张 | | | |
| 1 月 |  | 7 月 |  | 1 月 |  | 7 月 |  |
| 2 月 |  | 8 月 |  | 2 月 |  | 8 月 |  |
| 3 月 |  | 9 月 |  | 3 月 |  | 9 月 |  |
| 4 月 |  | 10月 |  | 4 月 |  | 10月 |  |
| 5 月 |  | 11月 |  | 5 月 |  | 11月 |  |
| 6 月 |  | 12月 |  | 6 月 |  | 12月 |  |
| 核定补贴金额  (万元) | 自理老人床位补贴金额，无等级100元  张/月、 一级150元/张/月、二级200元/  张/月、三级300元/张/月、四级330元/张  /月、五级350元/张/月。 | | | | 失能老人床位补贴金额，无等级200元/  张/月、 一级250元/张/月、二级300元/  张/月、三级400元/张/月、四级430元/  张/月、五级450元/张/月。 | | | |
| ( )万元 | | | | ( )万元 | | | |
| 补贴资金合计： 万 任 佰 拾 元 (¥: ) | | | | | | | |
| 区民政部门审批 意见 | 经 办 人 ( 签 字 ) :  局 领 导 ( 签 字 ) | | (单位盖章）  年 月 日 | | | | | |

**附件1-3**

**武汉市养老服务综合体(农村福利院)运营补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况(申报单位填写) | | | | | | | | |
| 名 称 |  | | | 地 址 | |  | | |
| 法人登记机关用 登记日期 |  | | | 机构等级及  评定时间 | |  | | |
| 法人登记证号 |  | | | 法定代表人姓名 及身份证号 | |  | | |
| 备案管理登记证 登记号 |  | | | 备案日期 | |  | | |
| 备案养老床位数 |  | | | 机构联系人姓名 及联系方式 | |  | | |
| 年度特困对象集中  供养人数(累计) |  | | | 年度代养社会老  人数(累计) | |  | | |
| 代养社会老人  申报运营补贴  床位数(张) | **代养社会老人床位合计(** **)张** | | | | | | | |
| 其中，自理老年人床位数小计()张 | | | | 其中，失能老年人床位数小计()张 | | | |
| 1 月 |  | 7 月 |  | 1 月 |  | 7 月 |  |
| 2 月 |  | 8 月 |  | 2 月 |  | 8 月 |  |
| 3 月 |  | 9 月 |  | 3 月 |  | 9 月 |  |
| 4 月 |  | 10月 |  | 4 月 |  | 10月 |  |
| 5 月 |  | 11月 |  | 5 月 |  | 11月 |  |
| 6 月 |  | 12月 |  | 6 月 |  | 12月 |  |
| 本单位申请意见 | 本单位承诺以上及所附数据资料真实有效，如有不实，愿承担相关处罚。  负 责 人 ( 签 字 ) (单位盖章)  年 月 日 | | | | | | | |
| 街 道 ( 乡 镇 ) 审 查申报意见 | 经办人(签字):  负责人(签字): | | (单位盖章)  年 月 日 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **补贴核准情况(区民政局填写)** | | | | | | | | |
| 机构性质 |  | | | 类 别 | | 经营性( )非营利性( ) | | |
| 机构等级及  评定时间 |  | | | | | | | |
| 代养社会老人 核定运营补贴 床位数(张) | **代养社会老人床位合计(** **)张** | | | | | | | |
| 其中，非失能老年人床位数小计()张 | | | | 其中，失能老年人床位数小计()张 | | | |
| 1 月 |  | 7 月 |  | 1 月 |  | 7 月 |  |
| 2 月 |  | 8 月 |  | 2 月 |  | 8月 |  |
| 3 月 |  | 9 月 |  | 3 月 |  | 9月 |  |
| 4月 |  | 10月 |  | 4 月 |  | 10月 |  |
| 5 月 |  | 11月 |  | 5 月 |  | 11月 |  |
| 6月 |  | 12月 |  | 6 月 |  | 12月 |  |
| 核定补贴金额  (万元) | 自理老人床位补贴金额，无等级100元/  张/月、 一级150元/张/月、二级200元/张  /月、三级300元/张/月、四级330元/张/  月、五级350元/张/月。 | | | | 失能老人床位补贴金额，无等级200元/张  /月、 一级250元/张/月、二级300元/张/月  、三级400元/张/月、四级430元/张/月、  五级450元/张/月。 | | | |
| ( )万元 | | | | ( )万元 | | | |
| 补贴资金合计： 万 仟 佰 拾 元 (¥: ) | | | | | | | |
| 区民政部门审批 意见 | 经办人(签字): (单位盖章)  局领导(签字); 年 月 日 | | | | | | | |

**附件1-4**

**武汉市社区养老服务设施建设补贴申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **服务设施概况** | | | |
| 名 称 |  | 地 址 |  |
| 联 系 人 |  | 联系方式 |  |
| 设施类型 (在相应类型 后□中打 √ ) | 社区老年人服务中心 社区老年人服务站  “互联网+居家养老”中心辐射式服务网点  “互联网+居家养老”社区嵌入式服务网点 | | |
| 建设方式 | 新建 □ 改建 □ | | |
| 验收时间 |  | 验收方 |  |
| 申请补贴情况 | | | |
| 补贴标准 | 经验收合格的社区老年人服务中心(站)、社区嵌入式服务、中心辐射式  网点，按照其用于室内建设及设施设备购置费用50%的标准，分别给予最高 不超过15万元、50万元、100万元的建设补贴。 | | |
| 补贴金额  (万元) | 万 仟 佰 拾 元 (¥: ) | | |
| **申报审核情况** | | | |
| 街道(乡镇)  申报意见 | 经办人(签字):  负责人(签字): | (单位盖章)  年 月 日 | |
| 区民政部门  审核意见 | 经办人(签字): (单位盖章)  局领导(签字): 年 月 日 | | |

**附件1-7**

**武汉市农村养老服务设施运营补贴申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服务设施概况 | | | |
| 名称 |  | 地址 |  |
| 联 系 人 |  | 联系方式 |  |
| 设施类型  (在相应类型后  □中打 √ ) | 农村老年人互助照料中心□ | | |
| 农村老年人互助照料服务点□ | | |
| 农村幸福院□ | | |
| 运营状况 |  | 本年度正常运 营时间 |  |
| **申请补贴情况** | | | |
| 补贴标准 | 对正常运营的农村老年人互助照料中心(服务点)、农村幸福院  分别按照2(2)万元/年、3万元/年的标准给予运营补贴；各区可结 合实际，提高补贴标准。 | | |
| 补贴金额  (万元) | 万 仟 佰 拾 元 (¥: ) | | |
| **申报审核情况** | | | |
| 村委会  自查申报意见 | 经办人(签字): (单位盖章)  负责人(签字): 年 月 日 | | |
| 街道(乡镇)申  报审核意见 | 经办人(签字): (单位盖章)  负责人(签字): 年 月 日 | | |
| 区民政部门  审核意见 | 经办人(签字): (单位盖章)  局领导(签字) 年 月 日 | | |