

# 韶关市人民政府文件

韶府规〔2022〕16号

《韶关市民办养老服务机构扶持资助办法》(韶府规审〔2022〕17号)已经2022年9月15日韶关市人民政府第十五届25次常务会议通过,现予印发,自2022年11月1日起施行,有效期五年。



# 韶关市民办养老服务机构扶持资助办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为鼓励和引导民办养老服务机构的发展，规范政府资助民办养老服务机构行为，根据《国务院办公厅关于推进养老服务发展的意见》（国办发〔2019〕5号）《广东省养老服务条例》《广东省人民政府办公厅关于加快推进养老服务发展的若干措施》（粤府办〔2019〕23号）《广东省自然资源厅、广东省民政厅、广东省住房和城乡建设厅关于进一步加强养老服务设施规划建设和用地保障的通知》（粤自然资规字〔2021〕2号）等文件规定，特制定本办法。

**第二条** 本办法所称民办养老服务机构是指在本市由企事业单位、社会团体、个人或其他社会力量利用非财政资金依法举办的，取得相关资质，为老年人群体提供集中居住、生活照料和康复护理等服务的养老机构。

政府投资兴建并委托社会力量经营管理（公建民营）的养老服务机构适用本办法。

社会力量与政府合作举办，社会力量出资比例不小于50%（含50%）的养老服务机构适用本办法。

各级机构编制部门批准成立的养老服务机构不适用本办法。

**第三条** 市民政局负责资助政策的制定、统筹、指导及监督工作。县（市、区）民政部门按照权限分级负责辖区内民办养老机构的业务指导、监督、资助管理工作。市、县（市、区）财政部门负责将各项补贴纳入本级财政预算安排，所需补助资金市、县按照 4:6 比例承担。

## **第二章 土地和税费优惠政策**

**第四条** 民办养老机构可以享受以下土地优惠政策：

（一）举办非营利性民办养老机构，可凭社会服务机构登记证书、建设项目用地申请书等法定材料申请划拨土地使用权。

（二）鼓励非营利性养老服务机构以租赁、出让等有偿使用方式取得国有建设用地使用权，支持政府以作价出资或者入股方式提供土地，与社会资本共同投资建设养老服务项目。

（三）营利性民办养老机构建设用地，按照国家对经营性用地依法办理有偿用地手续的规定，优先保障供应。存量商业服务用地等其他用地用于养老服务设施建设的，允许按照适老化设计要求调整户均面积、租赁期限、车位配比及消防审验等土地和规划要求。

对单独成宗供应的营利性养老服务设施用地，应当以租赁、先租后让、出让方式供应，鼓励优先以租赁、先租后让方式供应。

国有建设用地使用权出让（租赁）计划公布后，在市、县自然资源主管部门确定的意向用地申请期限内（不少于 30 日），同

一宗养老服务设施用地只有一个意向用地者的，市、县自然资源主管部门可按照协议方式供应，有两个以上意向用地者的，应当采取招标、拍卖、挂牌方式供应。采取招标、拍卖、挂牌方式供应商业、住宅用地的，鼓励采用“限地价、竞配建普惠性养老服务设施”供应模式。土地用途确定为社会福利用地，以出让方式供应的，出让底价可按不低于所在级别公共服务用地基准地价的70%确定；采取弹性年期出让（租赁）方式供应的，可按照出让（租赁）年期与可出让最高年期的比值确定年期修正系数，确定出让（租赁）底价。

（四）利用社会闲置资源兴办养老机构，经有关部门批准临时改变建筑使用功能从事养老服务且连续经营1年以上的，5年内土地使用性质可暂不作变更。闲置公有房产（除公共租赁住房、社区公共服务用房外）优先用于养老服务，租赁期限延长至15年以上，在公开竞租同等条件下给予养老机构优先承租。

（五）以拆除重建方式实施旧城镇、旧村庄改造的，应明确养老服务设施的配建方式、建设规模、建设内容和运营管理等要求；“工改商、住”等改造项目无偿移交政府的土地或设施，优先用于养老服务设施的建设。

（六）利用商业、办公、工业、仓储等存量房屋以及社区用房举办养老服务机构的，所使用存量房屋在符合详细规划且不改变用地主体的条件下，可在5年内实行继续按土地原用途和权利类型使用过渡期政策；过渡期满及涉及转让需办理改变用地主体

手续的，在符合国土空间规划和详细规划的前提下，新用地主体为非营利的，原划拨土地可继续以划拨方式使用，新用地主体为营利性的，可以按新用途、新权利类型、市场价格，以协议方式办理，但有偿使用合同、划拨决定书或法律法规等明确应当收回土地使用权的情形除外。

**第五条** 民办养老机构按照国家和省有关规定，可以享受以下税费优惠政策：

（一）对公共、公益性非营利性养老机构自用的房产、土地免征房产税、城镇土地使用税。

（二）对认定为非营利组织免税资格的非营利性养老机构，符合《中华人民共和国企业所得税法》等有关税收政策规定的免税收入，免于征收企业所得税。

（三）对非营利性养老机构免收有线电视、宽带互联网安装调试费用；对营利性养老机构减半收取安装调试费用。

（四）符合条件的养老机构提供养老服务取得的收入免征增值税。

（五）提供社区养老、家政服务取得的收入，在计算应纳税所得额时，减按 90% 计入收入总额。

### 第三章 新增床位补贴

**第六条** 新增床位是养老机构新建场所新增加的床位；或原有房产改造扩建后，与原床位数相比新增加的床位。新增床位不

含养老机构因更名、转接、移交等原因所带来的床位增加数。

床位建设补贴标准，按新增实有床位数一次性给予每张床位4000元补贴。

**第七条** 养老机构申请新增床位补贴必须符合下列条件：

- （一）依法办理法人登记手续，并开立专门的机构银行账户；
- （二）符合国家消防安全、环境保护、建设规范等相关要求；
- （三）床位面积、设施设备、活动场所等符合国家的《老年人照料设施建筑设计标准》（JGJ450-2018）；
- （四）养老机构床位需达到100张（含）以上；
- （五）老年人入住率要达到30%（含）以上；
- （六）接受补贴的养老机构不得改变其养老服务性质，不得开展与养老服务事业无关的业务；
- （七）租赁场地经营的，场地租赁合同期限须5年以上（含5年）；
- （八）养老机构改建、扩建应提前向所在地的县（市、区）民政局提出申请，经同意后方可改建、扩建，未经审批私自改建、扩建的，不予资助。

**第八条** 养老机构申请新增床位补贴时，应当提交下列材料（相关表格及复印件一式三份，下同）：

- （一）《韶关市民办养老服务机构新增床位补贴申请表》（附件1）；
- （二）《企业法人营业执照》或《民办非企业单位登记证书》、

《医疗机构执业许可证》或医疗服务协议复印件;

(三) 现有养老机构改建、扩建的新增床位, 还需提交建设规划许可证、工程竣工验收合格证、消防验收合格材料和建设单位环境保护设施企业自主验收有关材料( 建筑面积在 5000 平方米以下的养老机构免予环评);

(四) 《入住养老机构老年人名册( 截至申请当月) 》( 民政部门内部系统核实, 无需提交纸质材料);

(五) 养老机构经营场地的产权证或租赁合同。

## 第四章 护理补贴

**第九条** 养老机构收住本市户籍老年人, 且老年人一次性入住期限不低于 30 天的, 全自理、半自理、全护理的老人均按照每人每月补贴 100 元的标准给予护理补贴。补贴资金予以一次性拨付。

**第十条** 养老机构申请护理补贴必须符合下列条件:

(一) 依法办理法人登记手续, 并开立专门的机构银行账户;

(二) 具有完整的老年人入住资料, 包括《养老机构服务合同》( 本办法实施之前已签订的可沿用原来合同)、身份证明和老年人身体状况评估情况;

(三) 按要求执行年度报告制度;

(四) 服务对象年度满意率达到 80% 以上;

(五) 养老护理员符合养老护理员职业技能相关要求, 持证

上岗，并接受岗前培训，培训合格率达到 100%。护理员与入住老人比例为：与自理老年人 1:10，与轻度及中度失能老年人 1:6，与重度失能老年人 1:3；

（六）资助年度内无重大安全责任事故；

（七）按规定购买养老机构意外责任保险；

（八）符合本市养老服务从业人员薪酬指导价标准，及时足额支付员工薪酬及依法缴纳社会保险费。

**第十一条** 养老机构申请护理补贴时，应当提交下列材料（相关表格及复印件一式三份，下同）：

（一）《韶关市民办养老服务机构护理补贴申请表》（附件 2-1）；

（二）《韶关市民办养老服务机构入住老年人名册表》（附件 2-2）、《韶关市民办养老服务机构从业人员名册表》（民政部门内部系统核实，无需提交纸质材料）；

（三）年度报告书（含养老机构床位费、护理费收费标准）；

（四）政府投资兴建，并委托社会力量经营管理的养老机构，应当提供产权人与运营者签订的有效协议原件及复印件。

## **第五章 医养结合补贴**

**第十二条** 本办法所称医养结合机构是指登记为同一法人，内设医疗机构且持有《医疗机构执业许可证》的养老机构或者内设养老机构且持有养老机构备案回执或在有效期内的《养老机构

设立许可证》的医疗机构。同一投资方在同一地点设立独立法人的医疗机构和养老机构，且医疗机构能够长期为养老机构提供医疗服务的，视为医养结合机构。

医养结合机构已实际收住服务对象，并具备医保定点资格的，按照 10 万元的标准给予一次性资助；未具备医保定点资格的，按照 5 万元的标准给予一次性资助，取得医保定点资格后，按照 5 万元的补差标准给予一次性资助。

**第十三条** 养老机构申请医养结合补贴必须符合下列条件：

（一）养老机构内部设置诊所、卫生所（室）、医务室、护理站，取消行政审批，实行备案管理；

（二）具备法人资格的医疗机构申请设立养老机构的，不需另行设立新的法人，不需另行法人登记；

（三）对养老机构中就业的专业技术人员，执行与医疗机构相同的执业资格、注册考试政策；

（四）医养结合机构护理型床位占比不低于 50%；

（五）医养结合机构与本地医疗保障局签订《韶关市定点医疗机构医疗服务协议书》。

**第十四条** 医养结合机构申请医养结合补贴，应当提交下列材料：

（一）《韶关市民办养老服务机构医养结合补贴申请表》（附件 3）；

（二）养老机构备案回执或在有效期内的《养老机构设立许

可证》和《医疗机构执业许可证》；

（三）《韶关市定点医疗机构医疗服务协议书》复印件。

## 第六章 等级评定补贴

**第十五条** 鼓励养老机构积极参加国家、省养老机构星级评定，被评定为三星级以上等级，且在评定有效期内的养老机构，可享受一次性等级评定补贴。

等级评定补贴标准为：获省评定五星级的，一次性予以补助 30 万元；获省评定四星级的，一次性予以补助 20 万元；获省评定三星级的，一次性予以补助 10 万元。等级评定结果到期后，重新评定为同一等级的，不再另行补贴，重新评定为更高等级的，按照更高等级补贴标准给予以补差。

评定为国家级养老机构的，按照前款规定标准的 1.5 倍进行补贴。

**第十六条** 养老机构申请等级评定补贴时，应当提交《韶关市民办养老服务机构等级评定补贴申请表》（附件 4）和等级评定证书复印件。

## 第七章 加装电梯补贴

**第十七条** 养老机构需加装电梯应向所在地的县（市、区）自然资源主管部门申请，符合加装电梯的条件和要求，自然资源主管部门根据城乡规划法和相关文件政策，依法核发建设工程规

划许可证或出具加装电梯的意见，养老机构方可加装电梯，未经批准私自加装电梯，不予资助。

养老机构加装乘客电梯的，每台按 6 万元进行补贴；加装医用电梯的，每台按 10 万元进行补贴。补贴资金予以一次性拨付。

**第十八条** 养老机构申请加装电梯补贴必须符合下列条件：

- （一）养老机构地处老旧小区；
- （二）依法办理法人登记手续，并开立专门的机构银行账户；
- （三）符合国家消防安全、环境保护、建设规范等相关要求；
- （四）养老机构须经营满 1 年（含 1 年）以上；

（五）政府投资兴建，并委托社会力量经营管理的养老机构，应当提供产权人与运营者签订的有效协议原件及复印件。

**第十九条** 养老机构申请加装电梯补贴时，应当提交《韶关市民办养老机构加装电梯补贴申请表》（附件 5），自然资源主管部门核发的建设工程规划许可证或出具加装电梯的意见（同时，应满足卫生防疫、消防、地质、结构等公共安全要求，征得项目所在地权属人的同意，并确保相关利害关系人的合法权益）和市场监管部门出具的电梯使用登记证复印件。

## **第八章 护理岗位补贴**

**第二十条** 养老机构聘用的执业医师、护士、康复医师等专业技术人员，执行与医疗卫生机构相同的执业资格、注册考核制度，其在职称评定、继续教育、职业技能培训等方面与医疗卫生

机构同类专业技术人员享受同等待遇。

**第二十一条** 鼓励养老服务从业人员参加相关技能培训和鉴定。养老机构根据本单位实际对获得相应证书的人员，发放一定金额的技能晋升补贴。

**第二十二条** 在养老机构连续从事生活照料、康复护理等养老服务工作达到 8 年，可给予一次性岗位补贴 2000 元。

**第二十三条** 申请岗位补贴必须符合下列条件：

（一）与养老机构签订劳动合同，且在养老机构中从事生活照料、康复护理等一线养老服务连续工作满 8 年；

（二）申请和领取补贴时，未满 60 周岁的在职人员；

（三）持有养老护理员相关证书或南粤家政养老护理员职业技能培训合格证书或广东省养老护理员线上（线下）教育培训合格证书。

**第二十四条** 养老机构申请岗位补贴时，应当提交下列材料：

（一）《韶关市民办养老服务机构护理岗位补贴申请表》（附件 6）；

（二）护理员与养老机构签订的劳动合同；

（三）护理员个人身份证、养老护理员专项证书或岗前培训证书复印件。

## **第九章 资助审核和资金拨付**

**第二十五条** 申请新增床位补贴、护理补贴、医养结合补贴、

等级评定补贴、加装电梯补贴、护理岗位补贴的民办养老机构应于每年6月前向所在地的县（市、区）民政局提出申请。

县（市、区）民政局应当自收到申请材料之日起20个工作日内，对相关申请材料进行核实（若同时符合多项补贴申请条件的，相同申请材料无需重复提交），并对养老机构进行实地核查。经审查符合补贴条件的，县（市、区）民政局在申请材料上签署意见，并自签署意见之日起20个工作日内报市民政局审核。对不符合条件的，在申请表格上签注意见后，退还申请机构。

市民政局在20个工作日内对上述申请补贴事项进行评审。经评审符合条件的，给予补贴的，各县（市、区）民政局列入下一年度经费预算，其中，市级经费预算按照预算管理有关规定拨付至养老机构所在地的县（市、区）财政局，县（市、区）财政局按照预算管理有关规定拨付。对不符合条件的，在申请表格上签注意见后，退还给各县（市、区）民政局。

**第二十六条** 养老机构护理补贴资金应当依据与所在地的市或县（市、区）民政局签订的补贴协议约定，优先用于购买养老机构意外责任保险、护理员人身意外保险和提高护理人员待遇。

**第二十七条** 民政部门可采取政府购买服务方式委托第三方机构负责养老机构的资助评审、核查以及日常协调工作。

**第二十八条** 养老机构和从业人员被人民法院认定为失信被执行人，或者被征信机构列入征信人员失信名单的、以及受人民法院、公安、财政、自然资源、生态环境、住房城乡建设、

卫生健康、应急管理、金融、税务、市场监管、医疗保障、消防救援等部门执行司法裁决、行政处罚、行政强制等的，该养老机构列入我市养老服务行业信用的黑名单，不享受本办法中的任何一项扶持政策。

## 第十章 监督管理

**第二十九条** 申请机构在申请资助、接受审查、评审时，应当提供真实、有效、完备的数据、资料和凭证，如有弄虚作假、骗取资助、擅自改变养老机构的使用性质、利用养老机构的房产从事核准服务范围以外的其他经营活动、挪用补贴资金的行为，一经查实，取消其补贴资格，并向社会公示，将有关违规信息共享至相关信用系统；对已经拨付的补贴资金予以追缴，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

骗取补贴、资助的民办养老机构按照《广东省养老服务条例》第八十四条规定处理。

**第三十条** 民办养老服务机构接受本办法规定的补贴，必须与所在地的市或县（市、区）民政部门签订补贴协议，书面承诺5年内不改变民办养老服务机构主要场地和设施用途。

享受补贴的机构必须按照协议约定的用途使用补贴资金，将补贴资金用于符合其宗旨的活动和事业，不得擅自改变机构的社会福利性质，不得擅自改变补贴资金的用途，否则由当地民政、财政部门追缴其已享受的全部补贴资金和已减免的相关费用，终

止其享受资助的资格。违反法律的,依法追究法律责任。

**第三十一条** 养老机构暂停或者终止养老服务的,应当于暂停或者终止服务六十日前向所在地民政部门提交入住老年人的安置方案。暂停、终止养老服务前未按照规定提交安置方案,或者暂停、终止养老服务后未妥善安置入住老年人的,依法追究法律责任。

**第三十二条** 养老机构应当依照国家有关规定,建立健全财务会计制度和补贴资金的使用制度,为补贴资金设立单独核算科目,加强对补贴资金的管理。

各县(市、区)民政局有权向养老机构查询补贴资金的使用、管理情况,并提出意见、建议和要求。

**第三十三条** 各级监察、审计部门依法对民办养老服务机构补贴资金使用、管理等情况进行监督。

民政部门 and 财政部门要对补贴资金进行绩效管理,每年进行专项监督检查,对不按规定使用资金,服务质量和服务水平低,群众意见较大,通过整改仍无改善的,依法取消被补贴机构的资助资格。

## 第十一章 附 则

**第三十四条** 本办法由市民政局、市财政局共同负责解释。

**第三十五条** 本办法自 2022 年 11 月 1 日起施行,有效期五年。

- 附件：1. 韶关市民办养老服务机构新增床位补贴申请表
- 2-1. 韶关市民办养老服务机构护理补贴申请表
- 2-2. 韶关市民办养老服务机构入住老年人名册表
- 2-3. 韶关市民办养老服务机构从业人员名册表
3. 韶关市民办养老服务机构医养结合补贴申请表
4. 韶关市民办养老服务机构等级评定补贴申请表
5. 韶关市民办养老服务机构加装电梯补贴申请表
6. 韶关市民办养老服务机构护理岗位补贴申请表

## 附件 1

## 韶关市民办养老服务机构新增床位补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报日期：

| 基本情况                     |  |      |  |              |                                                                |              |  |
|--------------------------|--|------|--|--------------|----------------------------------------------------------------|--------------|--|
| 机构名称                     |  |      |  |              | 法定代表人                                                          |              |  |
| 地 址                      |  |      |  |              | 邮政编码                                                           |              |  |
| 占地面积                     |  | 固定电话 |  | 投资总额         |                                                                |              |  |
| 使用面积                     |  | 移动电话 |  | 核定床位数        |                                                                |              |  |
| 投资类型                     |  | 电子邮箱 |  | 入住老人数        |                                                                |              |  |
| 企业法人营业执照（或者民办非企业单位登记书）编号 |  |      |  | 登记类型         |                                                                |              |  |
| 统一社会信用代码                 |  |      |  | 建设类型         | <input type="checkbox"/> 自有产权<br><input type="checkbox"/> 租赁场地 |              |  |
| 银行账号                     |  |      |  | 财务人员证号       |                                                                |              |  |
| 床位情况                     |  |      |  |              |                                                                |              |  |
| 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<br>建筑面积 |                                                                | 平均床位<br>使用面积 |  |
| 补贴标准                     |  |      |  | 补贴金额         |                                                                |              |  |

### 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《韶关市民办养老服务机构扶持资助办法》。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

### 审核意见

第三方机构意见

（单位盖章）

负责人签名：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

县（市、区）民政局意见

（单位盖章）

负责人签名：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

市民政局意见

（单位盖章）

负责人签名：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

备 注

附件 2-1

## 韶关市民办养老服务机构护理补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

| 基 本 情 况                  |  |      |           |                          |           |      |  |
|--------------------------|--|------|-----------|--------------------------|-----------|------|--|
| 机构名称/登记类型                |  |      |           |                          | 法定代表人     |      |  |
| 地 址                      |  |      |           |                          | 邮政编码      |      |  |
| 固 定 电 话                  |  |      | 移动<br>电 话 |                          | 电子<br>邮 箱 |      |  |
| 企业法人营业执照（或者民办非企业单位登记书）编号 |  |      |           | 现有床位数                    |           |      |  |
|                          |  |      |           | 实际使用床位数                  |           |      |  |
| 医疗机构执业<br>许可证编号          |  | 选填   |           | 医疗合作单位<br>（请附合作协议）       |           |      |  |
| 统一社会信用代码                 |  |      |           | 卫生许可证号                   |           |      |  |
| 银行账号                     |  |      |           | 财务会计人员会计<br>专业技术资格<br>证号 |           |      |  |
| 人 员 配 比 情 况              |  |      |           |                          |           |      |  |
| 医技人数                     |  | 持证人数 |           | 护士人数                     |           | 持证人数 |  |
| 护理员数                     |  | 持证人数 |           | 入住老人数                    |           |      |  |

## 申 请 内 容

| 月 份 | 申请补贴人数 | 经审核实际补贴人数<br>(由县级民政局审核) | 实际发放补贴金额 |
|-----|--------|-------------------------|----------|
| 一月  |        |                         |          |
| 二月  |        |                         |          |
| 三月  |        |                         |          |
| 四月  |        |                         |          |
| 五月  |        |                         |          |
| 六月  |        |                         |          |
| 七月  |        |                         |          |
| 八月  |        |                         |          |
| 九月  |        |                         |          |
| 十月  |        |                         |          |
| 十一月 |        |                         |          |
| 十二月 |        |                         |          |
| 合计  |        |                         |          |

## 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《韶关市民办养老服务机构扶持资助办法》。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

## 审 核 意 见

|             |                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 第三方机构意见     | <div style="text-align: right;">(单位盖章)</div> <div>负责人签名: _____ 年__月__日</div> |
| 县(市、区)民政局意见 | <div style="text-align: right;">(单位盖章)</div> <div>负责人签名: _____ 年__月__日</div> |
| 市民政局意见      | <div style="text-align: right;">(单位盖章)</div> <div>负责人签名: _____ 年__月__日</div> |
| 备 注         |                                                                              |

附件 2-2

韶关市民办养老服务机构入住老年人名册表

填报单位(盖章):

填报时间:        年    月    日

| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 户籍地址 | 入住时间 | 退出时间 | 老人评估等级 |
|----|----|------|------|------|------|--------|
|    |    |      |      |      |      |        |
|    |    |      |      |      |      |        |
|    |    |      |      |      |      |        |
|    |    |      |      |      |      |        |
|    |    |      |      |      |      |        |

注: 表格“老人评估等级”是指: 全护理(一级护理、重度失能); 半自理(二级护理、轻度失能、中度失能);  
全自理(三级护理、能力完好);

附件 2-3

## 韶关市民办养老服务机构从业人员名册表

填报单位(盖章):

填报时间: 年 月 日

| 序号 | 职业 | 姓名 | 身份证号码 | 从业经历 | 持证或<br>培训情况 | 合同期限 | 备注 |
|----|----|----|-------|------|-------------|------|----|
|    |    |    |       |      |             |      |    |
|    |    |    |       |      |             |      |    |
|    |    |    |       |      |             |      |    |
|    |    |    |       |      |             |      |    |

注: 1. 职业可选填“医技人员”、“护士”、“护理员”;

2. 合同期限填写格式为: ××××年××月××日至××××年××月××日。

## 附件 3

## 韶关市民办养老服务机构医养结合补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

|                               |                                                                                                   |               |  |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| 养老机构名称                        |                                                                                                   | 医疗机构名称        |  |
| 养老机构备案回执或有效期内的《养老机构设立许可证》编号   |                                                                                                   | 医疗机构执业许可证编号   |  |
| 取得养老机构备案回执或有效期内的《养老机构设立许可证》时间 |                                                                                                   | 取得医疗机构执业许可证时间 |  |
| 具备医保定点资格                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                             | 法定代表人         |  |
| 统一社会信用代码                      |                                                                                                   | 银行账号          |  |
| 补贴金额（万元）                      |                                                                                                   |               |  |
| 县（市、区）民政局意见                   | 负责人签名：_____ <div style="text-align: right;">           （单位盖章）<br/>           年 月 日         </div> |               |  |
| 市民政局意见                        | 负责人签名：_____ <div style="text-align: right;">           （单位盖章）<br/>           年 月 日         </div> |               |  |

## 附件 4

## 韶关市民办养老服务机构等级评定补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

|                                    |                                                                      |                   |  |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| 养老机构名称                             |                                                                      | 评定等级<br>(附等级评定证书) |  |
| 企业法人营业执照（或者<br>民办非企业单位登记书）         |                                                                      | 等级评定部门            |  |
| 取得企业法人营业执照<br>（或者民办非企业单位登<br>记书）时间 |                                                                      | 证书有效期限            |  |
| 统一社会信用代码                           |                                                                      | 法定代表人             |  |
| 银行账号                               |                                                                      |                   |  |
| 补贴金额（万元）                           |                                                                      |                   |  |
| 县（市、区）民政局意见                        | 负责人签名：<br><br><div style="text-align: right;">（单位盖章）<br/>年 月 日</div> |                   |  |
| 市民政局意见                             | 负责人签名：<br><br><div style="text-align: right;">（单位盖章）<br/>年 月 日</div> |                   |  |

注：证书有效期限填写格式为：××××年××月××日至××××年××月××日

## 附件 5

## 韶关市民办养老服务机构加装电梯补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

|             |                                                                      |              |  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| 养老机构名称      |                                                                      | 法定代表人        |  |
| 电梯型号        |                                                                      | 安装高度         |  |
| 工程地址        |                                                                      |              |  |
| 注册登记编号      |                                                                      | 电梯拟建<br>基地面积 |  |
| 补贴金额（万元）    |                                                                      |              |  |
| 县（市、区）民政局意见 | 负责人签名：<br><br><div style="text-align: right;">（单位盖章）<br/>年 月 日</div> |              |  |
| 市民政局意见      | 负责人签名：<br><br><div style="text-align: right;">（单位盖章）<br/>年 月 日</div> |              |  |

## 附件 6

## 韶关市民办养老服务机构护理岗位补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

|         |  |    |  |            |  |            |
|---------|--|----|--|------------|--|------------|
| 姓名      |  | 性别 |  | 出生<br>年月   |  | 照片<br>(一寸) |
| 民族      |  | 学历 |  | 从事<br>工种   |  |            |
| 取得职业资格证 |  |    |  |            |  |            |
| 颁发单位    |  |    |  |            |  |            |
| 身份证号码   |  |    |  |            |  |            |
| 工作单位    |  |    |  |            |  |            |
| 单位地址    |  |    |  | 工作<br>年限   |  |            |
| 单位办公电话  |  |    |  | 个人手<br>机号码 |  |            |
| 家庭地址    |  |    |  |            |  |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 个人<br>工作<br>简历                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |
| <p style="text-align: center;"><b>声 明</b></p> <p>本人保证以上及所附资料证实有效。如有不实或违反有关规定，自愿承担相关法律责任。</p> <p style="text-align: center;">本人签名：</p> <p style="text-align: center;">现职养老机构负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> |                                                                                                          |
| 补贴金额（元）                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                          |
| 第三方机构意见                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> |

|                         |                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>县（市、区）民政局<br/>意见</p> | <p>负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |
| <p>市民政局意见</p>           | <p>负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |
| <p>备注</p>               |                                                                                                      |

---

分送：省政府办公厅，省司法厅。市委常委，市长、副市长，市政府秘书长、副秘书长。

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构，市纪委，市委办公室，市人大办公室，市政协办公室，市中院，市检察院，韶关军分区，中省驻韶各单位。