附件1：

**福州市民办养老服务机构业务管理办法**

第一章 总则

**第一条** 为加强扶持、培育民办养老服务机构有关业务管理，规范专项补助资金的申报、使用、监督，切实提高公共财政补贴投入精准化水平，引导更多社会资本参与养老服务发展，根据《福建省民政厅 福建省财政厅关于印发养老服务专项业务管理办法的通知》（闽民养老〔2019〕87号）和《中共福州市委 福州市人民政府印发<关于加快养老事业发展的实施方案>的通知》（榕委发〔2017〕14号）等有关规定，制定本办法。

**第二条** 本办法所称民办养老服务机构,包括由社会力量建设、运营的养老机构和居家社区养老服务照料中心（含家园）。

**第三条** 各县（市）区民政局、财政局应当坚持养老服务社会化方向，通过政策引导、加强监管和适当的资金扶持，鼓励社会资本进入养老服务业。鼓励社会力量按养老市场需求，建设满足不同需求的养老服务机构。

第二章 组织实施

**第四条** 各县（市）区民政局作为业务主管部门，具体负责民办养老服务机构专项补助资金的组织申报、实质性审核、日常监督、绩效评价等管理工作。

各县（市）区财政局负责民办养老服务机构专项补助资金的形式性审核和使用监督，并指导开展绩效评价等管理工作。

**第五条** 符合条件的民办养老服务机构应当于每年1月10日前向所在县（市）区民政局申请上一年度的补助资金，提交以下申请材料：

（一）申请报告和资金审批表（附后）。报告内容包括建设审批、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理等情况，以及对应级别（省、市）补助资金申请数额申请。

（二）《设置养老服务机构备案回执》或有效期内的养老机构设立许可证书复印件。

（三） 非营利性养老服务机构需要提供《民办非企业单位（法人）证书》复印件和上一年度通过年审的证明材料；营利性养老服务机构需要提供《营业执照》和税务部门出具的完税证明复印件。

（四）属社会力量与政府合作举办的，应当提供社会力量出资比例不低于50%的相关证明材料；列入养老服务PPP工程包的营利性养老机构，应当提供经主管部门审批的PPP项目实施方案，以及与主管部门签订的PPP项目合作协议；属于公建民营的养老服务机构，应当提供公建民营的合作协议和主管部门审批文件。

（五）申请一次性开办补助的，应当再提供已投入使用的相关证明材料，其中：属自建的，应当提供场所属于投资人的房产证或权属证明材料；属租用场地的，应当提供租赁合同和租金支付凭证等有关证明材料。

（六）申请床位运营补贴的，应当再提供老年人花名册（含自理老人和失能老人）；营利性养老机构还应当提供护理型床位达到30%以上的相关证明材料；

（七）申请民办养老机构责任保险保费补助的，应当再提供责任保险单、保费缴纳发票、加盖养老机构及保险公司的投保人员名单。

（八）各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

**第六条**　民办养老服务机构作为专项补助申请、使用的第一责任单位，应对申报材料的真实性负责，不得弄虚作假和套取、骗取财政专项资金。

**第七条**  各县（市）区民政局应采取书面审查、实地抽查、公示等形式做好审核工作，每年1月底前将审核汇总后的专项补助申请，会同各县（市）区财政局书面报送市民政局和市财政局。上报材料包括：

（一）书面报告。包括上年度辖区新增养老服务机构审批、投入运营，床位和护理型床位使用，养老机构责任保险投保情况，以及县（市）区民政局、财政局审核情况等。

（二）民办养老服务机构省、市专项补助资金审批表。

第三章 补助类型和标准

**第八条** 专项补助资金分为一次性开办补助资金、床位运营补贴资金和养老机构责任保险保费补助资金。

**第九条** 一次性开办补助资金按照用房权属分类补助，主要用于补助民建养老服务机构改、扩、新建用房所需费用或租赁养老服务用房所需费用。

（一）对用房属自建，经民政部门备案或许可（许可证书需在有效期内），核定床位50张及以上，并投入使用的新增非营利性民办养老机构和列入养老服务PPP工程包的营利性养老机构，每张床位一次性补助标准为12000元。

（二）对用房属租赁且租用期限在5年以上，经民政部门备案，核定床位在50张以上，并投入使用的新增非营利性民办养老机构和列入养老服务PPP工程包的营利性养老机构，每张床位一次性补助标准为6000元。

省级财政对纳入基本财力保障范围的县（闽清、永泰），按省级补助标准（自建10000元，租赁5000元）的30%的比例给予补助。

鼓楼区、台江区、仓山区、晋安区、马尾区一次性开办补助资金由市级财政全额承担，分五年下达。其余县（市）区资金由地方财政承担。

**第十条** 床位运营补贴资金分为非护理型和护理型两种运营补贴，主要用于补助入住人员生活、照料服务等日常运营所需费用。

护理型床位指能够为失能、半失能老人提供医疗、康复等专业服务的养老床位。

**第十一条** 非护理型床位运营补贴，其补助对象为民办非营利性养老机构、列入养老服务PPP工程包的营利性养老机构，按年平均实际入住非护理型床位数，给予每床位每年不低于2200元床位运营补贴。

护理型床位运营补贴，其补助对象分为：

（一）民办非营利性养老机构对服务失能老年人的护理型床位，按年平均实际入住护理型床位数，给予每床位每年不低于2400元床位运营补贴。

（二）民办营利性养老机构，护理型床位达到30%以上的，按年平均实际入住护理型床位数，给予每床位每年不低于2400元床位运营补贴。

（三）民办营利性与非营利性居家社区养老服务照料中心，对服务失能老年人的护理型床位，按年平均实际入住护理型床位数，给予每床位每年不低于1200元床位运营补贴。

省级财政按省级补助标准（养老机构非护理型床位2000元/床/年，护理型2400元/床/年，居家社区养老服务照料中心护理型床位1200元/床/年）的50%的比例给予补助。

扣除省级补助资金，其余资金鼓楼区、台江区、仓山

区、晋安区、马尾区由市级财政承担，其余县（市）区由当地财政承担。

月平均入住床位数=本月每天实际入住累计床位数/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。

**第十二条** 养老机构责任保险保费补助资金主要用于补助养老机构投保责任保险所需费用。

对按照不低于《市民政局市财政局关于推行养老机构责任保险的实施意见》所确定的险种、责任范围、保险限额和保险周期要求投保的民办养老机构，按养老机构实际投保入住老年人数，给予每人每年120元的补助。

鼓楼区、台江区、仓山区、晋安区和马尾区补助资金由市级财政承担；其他县（市）区由当地财政承担。

第四章 监督管理

**第十三条** 民办养老服务机构应当建立健全内部规章制度，严格收支管理，规范会计核算，并自觉接受民政、财政和审计等有关部门的监督检查。

接受补贴的民办养老服务机构不得改变其养老服务性质。对违反国家、省、市有关要求的，取消其受补助资格，并由县(市)区民政局向社会公示;对已经拨付的补助予以追缴，并依法追究其法律责任。

**第十四条**  各县（市）区民政局、财政局应当加强对专项补助资金使用管理的监督检查，确保专项补助资金的合理使用。专项补助资金使用管理中存在虚报、冒领、截留、挪用等违法行为的，除责令将资金归还原有渠道或收回财政外，应当按照《预算法》《财政违法行为处罚处分条例》等有关规定对相关部门和单位予以处理，并依法追究相关责任。构成犯罪的，依法移送司法机关。

**第十五条** 各县（市）区民政局、财政局应当按要求全面实施预算绩效管理，及时开展对民办养老服务机构专项补助资金的绩效评价工作，并将绩效评价情况报送市民政局、财政局。

第五章 附则

**第十六条** 各县（市）区民政局、财政局可根据本办法，结合当地实际制定实施办法。

**第十七条** 本办法自印发之日起施行。

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

2、福建市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表一 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **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 | |  | | | | | | 投入运营时间 | | |  | | | |
| 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 | | | | | | |
| 省民政局、财政局审批意见 | | 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.项目性质及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表二 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **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 | |  | | | | | | 投入运营时间 | | |  | | | |
| 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 | | | | | | |
| 福州市民政局、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.项目性质及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表三 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 | | | | | |
| 省民政局、财政局审批意见 | | 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“√”。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表四 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 | |  | | | |
|  | | | |
| 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 | | | | | |
| 福州市民政局、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“√”。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表五 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |  | | | | | | 投入运营时间 | |  | | | |
| 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 | | | | | |
| 省民政局、财政局审批意见 | 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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表六 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |  | | | | | | 投入运营时间 | |  | | | |
| 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 | | | | | |
| 福州市民政局、财政局意见 | 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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表七 |  |  |  | |
| **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 |  | 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 | | |
| 省民政局、财政局审批意见 | 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“√”。 | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表八 |  |  |  | |
| **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 |  | 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 | | |
| 福州市民政局、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、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“√”。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表九 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |  | | | | | | 投入运营时间 | |  | | | |
| 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 | | | | | |
| 省民政局、财政局审批意见 | 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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表十 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |  | | | | | | 投入运营时间 | |  | | | |
| 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 | | | | | |
| 福州市民政局、财政局意见 | 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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表十一 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 福州市民办养老机构责任保险保费财政补助资金审批表 | | | |
| 填表时间： 年 月 日 | | | |
| **保险项目** | 养老机构责任保险 | | |
| **机构名称** |  | **机构法定代表人** |  |
| **机构地址** |  | | |
| **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）：   机构法定代表人（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、申请保费财政补助金额=实际投保人数×120。 | | | |