福州市民政局
福州市财政局 文件

榕民〔2023〕32号

福州市民政局　福州市财政局
关于印发《福州市养老服务机构补助政策实施细则》的通知

各县（市）区民政局、财政局，高新区社会事业管理局、财政金融局：

现将《福州市养老服务机构补助政策实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。

福州市民政局　　福州市财政局

2023年2月17日

（主动公开）

福州市养老服务机构补助政策实施细则

第一章　总则

第一条 为进一步规范我市养老服务机构补助申报、使用、监督，切实提高公共财政补助投入精准化水平，引导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）、《福州市人民政府办公厅关于印发<进一步支持养老服务发展十七条措施>的通知》（榕政办〔2020〕75号）和《福州市人民政府办公厅关于印发福州市建立完善老年健康服务体系实施方案的通知》（榕政办〔2021〕68号）等有关规定，制定本实施细则。

第二条 本细则所称养老服务机构包括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、政府与社会力量合作举办的养老机构、公建民营养老机构、公立医疗机构设立的养老机构和民办居家社区养老服务照料中心（含家园）。补助分为一次性开办补助、床位运营补贴、综合责任保险补助和医养结合补助四类。

第三条 各县（市）区民政和财政部门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，建设满足不同须求的养老服务机构。

第二章　一次性开办补助

第四条 一次性开办补助资金按照用房权属分类补助，主要用于养老服务机构改、扩、新建用房所需费用或租赁养老服务用房所需费用。

第五条 补助对象

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、政府与社会力量合作举办的养老机构、公建民营养老机构和公立医疗机构设立的养老机构。

第六条 补助条件

（一）经民政部门备案或许可（许可证书在有效期内）。

（二）非营利性的养老机构和公立医疗机构设立的养老机构须年审合格；营利性的养老机构须纳税完毕。

（三）核定床位 50 张及以上，并已投入使用。

（四）用房属于自建或租赁（租赁期在 5 年以上）。

（五）若为公建民营养老机构，在满足以上条件的同时还须满足：1.一次性开办补助累计资金总额不超过租金总额的 20%。2.非营利性。

（六）若为政府与社会力量合作举办的养老机构，社会力量出资比例不得低于 50%。

第七条 补助标准

（一）五城区：用房属自建的，每张床位不低于 15000 元；用房属租赁的（含公建民营），每张床位不低于 7000 元。分五年

下达。

（二）其他县（市）区：用房属自建的，每张床位不低于12000元；用房属租赁的（含公建民营），每张床位不低于6000元。分五年下达。

第八条 资金分担比例

扣除省级补助资金，不足部分五城区（不含长乐区）按市、区各50%的比例分担，其他县（市）区自行承担。

第九条 申报材料

（一）养老服务机构提交材料

1.属于非营利性的养老机构提供：（1）书面申请报告。包括建设审批、备案、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理等情况，以及省、市补助资金申请数额。（2）《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。（3）《民办非企业单位（法人）证书》复印件。（4）上一年度通过年审的证明材料。（5）用房性质材料：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。（6）资金审批表。（7）各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

2.属列入养老服务PPP工程包的营利性养老机构提供：（1）书面申请报告。包括建设审批、备案、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理等情况，以及省、市补助资金申请数额。（2）《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。（3）《营业执照》和税务部门出具的完税证明复

印件。（4）经主管部门审批的PPP项目实施方案。（5）PPP项目合作协议。（6）用房性质材料：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。（7）资金审批表。（8）各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

3.属社会力量与政府合作举办的养老机构提供：（1）书面申请报告。包括建设审批、备案、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理等情况，以及省、市补助资金申请数额。（2）《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。（3）社会力量出资比例不低于50%的相关证明材料。（4）非营利性的须提供《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；营利性的须提供《营业执照》和税务部门出具的完税证明复印件。（5）用房性质材料：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。（6）资金审批表。（7）各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

4.属于公建民营的养老机构提供：（1）书面申请报告。包括建设审批、备案、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理等情况，以及省、市补助资金申请数额。（2）《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。（3）主管部门审批的公建民营文件。（4）公建民营合作协议。（5）《民办非企业单位（法人）证书》复印件。（6）上一年度通过年审的

证明材料。（7）用房性质材料：提供租赁合同和租金支付凭证等有关证明材料。（8）资金审批表。（9）各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

5.属于公立医疗机构设立的养老机构提供:（1）书面申请报告。包括建设审批、备案、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理等情况，以及省、市补助资金申请数额。（2）事业单位法人登记证书中的业务范围包含“养老服务”职能。（3）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。（4）上一年度通过年审材料。（5）用房性质材料：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。（6）资金审批表。（7）各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

（二）申报地区民政、财政部门提交材料

1.申请报告。报告内容包括建设审批、备案、投入运营、床位和护理型床位使用情况，县级民政、财政部门审核情况以及对应级别（省、市）补助资金申请数额等。

2.补助汇总表。

3.一次性开办补助资金审批表（附件1-4）。

第三章　床位运营补贴

第十条 床位运营补贴资金分为非护理型床位运营补贴、护理型床位运营补贴和星级床位运营补贴三种类型，主要用于补贴

入住人员生活、照料服务、提升服务质量等日常运营所需费用。

第十一条 非护理型床位运营补贴

（一）补贴对象

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、政府与社会力量合作举办的养老机构和公建民营养老机构和公立医疗机构设立的养老机构。

（二）补贴条件

1.经民政部门备案或许可（许可证书须在有效期内），并投入使用。

2.非营利性的养老机构和公立医疗机构设立的养老机构须年审合格；营利性的养老机构须纳税完毕。

（三）补贴标准

按照年平均实际入住非护理型床位数，给予每床每年不低于2200元。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 护理型床位运营补贴

（一）补贴对象

民办非营利性养老机构、民办营利性养老机构、政府与社会力量合作举办的养老机构、公建民营养老机构、公立医疗机构设立的养老机构和民办居家社区养老服务照料中心（含家园）。

（二）补贴条件

1. 经民政部门备案或许可（许可证书须在有效期内），并投

入使用。

2. 非营利性的养老机构和公立医疗机构设立的养老机构须年审合格；营利性的养老机构须纳税完毕，同时护理型床位占比须达到 30%以上。

（三）补贴标准

养老机构，按年平均实际入住护理型床位数给予每年每床 2800 元；居家社区养老服务照料中心（含家园），按年平均实际入住护理型床位数，给予每年每床不低于 1400 元。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。

第十三条 星级运营补贴

（一）补贴对象

民办非营利性养老机构、民办营利性养老机构、政府与社会力量合作举办的养老机构、公建民营养老机构、公立医疗机构设立的养老机构和民办居家社区养老服务照料中心（含家园）。

（二）补贴条件

1. 符合当年度床位运营补贴申请条件。

2. 获评四星级和五星级，且在有效期内。

（三）补贴标准

四星级，按当年度符合床位运营补贴的床位数给予每年每床不低于 100 元；五星级，按当年度符合床位运营补贴的床位数给予每年每床不低于 200 元。

第十四条 资金分担比例

扣除省级补助，不足部分五城区（不含长乐区）按市、区各50%的比例分担，其他县（市）区自行承担。

第十五条 申报材料

（一） 申报服务机构提交材料

1.书面申请报告。包括建设审批、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理、星级等情况，以及省、市补助资金申请数额。

2.《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。

3.入住老年人花名册（含自理老人和失能老人，失能老人须提供专业评估机构出具的评估报告）。

4.属于非营利性的养老服务机构还须提供:《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；属于营利性的养老服务机构还须提供:《营业执照》和上一年度完税证明材料复印件以及护理型床位达到30%以上的相关证明材料。

5.申报星级补贴的服务机构还须提供：获评星级证明材料。

6.资金审批表（附件5-13）。

7.各县（市）区民政局、财政局要求提供的其他材料。

（二）申报地区民政、财政部门提交材料

1.申请报告。报告内容包括建设审批、投入运营、床位和护理型床位使用情况、星级情况，县级民政、财政部门审核情况以及对应级别（省、市）补助资金申请数额等。

2.补贴汇总表。

3. 床位运营补贴资金审批表（附件 5-13）。

第四章　综合责任保险补助

第十六条 综合责任保险补助主要用于养老服务机构购买综合责任保险使用。

第十七条 补助对象

民办非营利性养老机构、民办营利性养老机构、政府与社会力量合作举办的养老机构、公建民营养老机构、公立医疗机构设立的养老机构和民办居家社区养老服务照料中心（含家园）。

第十八条 补助条件

（一）经民政部门备案或许可（许可证书须在有效期内），并投入使用。

（二）非营利性的养老机构和公立医疗机构设立的养老机构须年审合格；营利性的养老机构须纳税完毕。

（三）投保责任险的险种、范围和限额符合《福州市民政局关于推行养老机构责任保险的实施意见》的要求。

（四）保险周期满一年；

（五）投保人数以签订协议时的实际入住人数为准。

第十九条 补助标准

按照实际投保老年人数，每人每年 120 元。

第二十条 资金分担比例

五城区（不含长乐区）按市、区各 50%的比例分担，其他县

（市）区自行承担。

第二十一条 申报材料

（一）申报服务机构提交材料

1.书面申请报告。包括养老机构名称、地址、法定代表人、设立许可、床位数、实际入住老人数、承保公司名称、投保人数、投保险种、保费标准、保险责任范围、保险责任限额、保险理赔及申请保费财政补助资金数额等情况。

2.综合责任保险补助资金审批表（附件14-16）

3.《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。

4.责任险保单、保费发票。

5.投保人员名单。

6.保险公司投保证明函。（附件18）

7.各地民政、财政部门要求提供的其他材料。

（二）申报地区民政、财政部门提交材料

1.书面报告。包括上一年度服务机构投保责任险情况，本级民政、财政部门审核审批情况，申请市级财政补助资金金额，推动责任险实施的有关措施，开展监督管理等情况。

2.资金汇总表。

3.综合责任保险资金审批表（附件14-16）

4.保险公司投保证明函。（附件18）

第五章 医养结合补助

第二十二条 医养结合补助资金用于采购医疗设备、聘用医护人员以及医疗用房的改扩建所需费用。

第二十三条 补贴对象

民办非营利性养老机构、民办营利性养老机构、列入养老服务PPP工程包的营利性养老机构、政府与社会力量合作举办的养老机构、公建民营养老机构和居家社区养老服务照料中心（含家园）。

第二十四条 补贴条件

（一）经民政部门备案或许可（许可证书须在有效期内），并投入使用。

（二）非营利性的养老机构和公立医疗机构设立的养老机构须年审合格；营利性的养老机构须纳税完毕。

（三）2020年7月3日之后新设置诊所、卫生所（室内）、医务室、护理站的服务机构。

第二十五条 补贴标准

（一）设置诊所、卫生所（室内）、医务室的给予一次性补助8万元。

（二）设置护理站的给予一次性补助10万元。

第二十六条 资金分担比例

五城区（不含长乐区）按市、区各50%的比例分担，其他县（市）区自行承担。

第二十七条 申报材料

（一）申报服务机构提交材料

1.书面申请报告。包括建设审批、投入运营、床位使用、规章制度建设、内部管理、医养结合等情况，以及区级、市级补助资金申请数额。

2.《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。

3.属于非营利性的养老服务机构还须提供:《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；属于营利性的养老服务机构还须提供:《营业执照》和上一年度完税证明材料复印件；属于公立医院设立的养老机构还须提供：事业单位法人登记证书（业务范围包含“养老服务”）和上一年度通过年审的证明材料。

4.《医疗机构执业许可证书》。

5.医养结合补助资金审批表（附件17）。

（二）申报地区民政、财政部门提交材料

1.申请报告。报告内容包括建设审批、投入运营、医养结合情况、县级民政、财政部门审核情况以及市级补助资金申请数额等。

2.补助汇总表。

3.医养结合补助资金审批表（附件17）。

第六章　组织申报

第二十八条 各县（市）区民政局作为业务主管部门，具体负责养老服务机构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。

第二十九条 申报流程

（一）申请。符合条件的养老服务机构原则上应当于每年1月10日前登录福州市养老服务网发起补助申请，并向所在县（市）区民政局提交相应材料。其中，申请一次性开办补助的养老机构，在备案五年后未申请的视为放弃。

（二）审核。各县（市）区民政局收到申请材料后，应采取书面审查、实地抽查等形式做好补助审核工作。

（三）公示。各县（市）区民政局应将审核确认后的补助名单在本局官方网站公示七天，无异议后，于每年1月底前会同各财政局书面报送市民政局和市财政局，提交相应申报材料。

（四）发放。市民政局和财政局根据县（市）区审核上报情况，将补助下达相关县（市）区。

第七章 监督管理

第三十条 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。

第三十一条 各县（市）区民政局、财政局应将补助发放和日

常监督考核情况挂钩，包括但不限于以下几项：

（一）接受补助的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，或重大问题整改不到位的养老服务机构，取消其当年度受补助资格，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。

（二）对未接入市智慧健康养老服务平台接受监管的，不予补助。

（三）对受到市养老服务指导中心通报达3次的，当年度床位运营补贴减少10%，通报达5次的，当年度床位运营补贴减少20%，通报后未在限期内完成整改的取消当年度床位运营补贴。

第三十二条 各县（市）区民政局、财政局应当加强对补助资金使用管理的监督检查，确保资金的合理使用。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。

第三十三条 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。

第八章 附 则

第三十四条 本细则自印发之日起施行，有效期三年，同时《福州市民政局 福州市财政局关于印发养老服务专项业务管理办法

的通知》（榕民〔2019〕358号）中的《福州市民办养老服务机构业务管理办法》废止。

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（非营利性、养老服务PPP工程包项目一次性开办补助）

2.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）

3.福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表（公建民营养老机构一次性开办补助）

4.福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表（公办医疗机构设立的养老机构一次性开办补助）

5.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）

6.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）

7.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）

8.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）

9.福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表（营利性养老机构护理型床位运营补贴）

10. 福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表（营利性养老机构护理型床位运营补贴）

11. 福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表（公立医疗机构设立的养老机构床位运营补贴）

12. 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）

13. 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）

14. 福州市责任保险保费财政补助资金审批表(公立医疗机构设立的养老机构）

15. 福州市责任保险保费财政补助资金审批表（一般养老机构）

16. 福州市责任保险保费财政补助资金审批表（居家社区养老服务照料中心）

17. 福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表（医养结合补助）

18. 证明（模板）

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

（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

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="2"></td><td>负责人</td><td></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td></td></tr>
<tr><td>开办时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>投入运营情况</td><td></td></tr>
<tr><td>核定床位数（张）</td><td colspan="2"></td><td>地　址</td><td></td></tr>
<tr><td>项目性质及年检情况</td><td colspan="4">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□）</td></tr>
<tr><td>用房情况</td><td colspan="2">自建（是□　　否□）</td><td colspan="2">租赁（租期：从　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>省级一次性开办补助历史情况</td><td colspan="2">曾补助□　　未补助□</td><td>申请补助金额（万元）</td><td></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="2">民政局</td><td colspan="2">财政局</td></tr>
<tr><td>设区市民政局、财政局意见</td><td colspan="2">民政局</td><td colspan="2">财政局</td></tr>
<tr><td>省民政厅、财政厅审批意见</td><td colspan="2">民政局</td><td colspan="2">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="5">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“√”。</td></tr>
</table>

附件 2

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 工程包一次性开办补助）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="2"></td><td>负责人</td><td></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td></td></tr>
<tr><td>开办时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>投入运营情况</td><td></td></tr>
<tr><td>核定床位数（张）</td><td colspan="2"></td><td>地　址</td><td></td></tr>
<tr><td>项目性质及年检情况</td><td colspan="4">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□）</td></tr>
<tr><td>用房情况</td><td colspan="2">自建（是□否□）</td><td colspan="2">租赁（租期：从　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市级一次性开办补助历史情况</td><td colspan="2" rowspan="2">曾补助□　　未补助□</td><td>本次申请补助金额（万元）</td><td></td></tr>
<tr><td>补助年度</td><td>第　　年度（1-5 年度）</td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="2">民政局</td><td colspan="2">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="5">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、市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“√”。
3. 申请补助金额：五城区，用房属自建的，每张床位 7500 元；用房属租赁的，每张床位 3500 元，分五年下达。
4. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。</td></tr>
</table>

附件 3

福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表

（公建民营养老机构一次性开办补助）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>公建养老机构名称</td><td colspan="2"></td><td>运营机构名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>公建民营时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>联系人及电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>备案时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>投入运营情况</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>核定床位数（张）</td><td colspan="2"></td><td>地　址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>项目性质及年检情况</td><td colspan="5">非营利性（是□　否□）　　年检情况（通过□　未通过□）</td></tr>
<tr><td>用房情况</td><td colspan="5">租赁（租期：从　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>5 年申请补助资金总额（万元）</td><td></td><td>公建民营租金总额（万元）</td><td></td><td>补助资金总额是否超过租金总额的 20%</td><td>是□　否□</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市级一次性开办补助历史情况</td><td colspan="2" rowspan="2">曾补助□　　未补助□</td><td>本次申请补助金额（万元）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>补助年度</td><td colspan="2">第　　年度　（1-5 年度）</td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="2">民政局</td><td colspan="3">财政局</td></tr>
</table>

注：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、市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“√”。

3. 申请补助金额：五城区，用房属自建的，每张床位 7500 元；用房属租赁的，每张床位 3500 元，分五年下达。

4. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 4

福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表

（公办医疗机构设立的养老机构一次性开办补助）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>公办医疗机构名称</td><td colspan="2"></td><td>设立的养老机构名称</td><td></td></tr>
<tr><td>设立养老机构时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>联系人及电话</td><td></td></tr>
<tr><td>备案时间</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>投入运营情况</td><td></td></tr>
<tr><td>核定床位数（张）</td><td colspan="2"></td><td>地　址</td><td></td></tr>
<tr><td>年审情况</td><td colspan="4">年审情况（通过□　　未通过□）</td></tr>
<tr><td>用房情况</td><td colspan="2">自建（是□否□）</td><td colspan="2">租赁（租期：从　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市级一次性开办补助历史情况</td><td colspan="2" rowspan="2">曾补助□　　未补助□</td><td>本次申请补助金额（万元）</td><td></td></tr>
<tr><td>补助年度</td><td>第　　年度　（1-5 年度）</td></tr>
<tr><td>公办医疗机构主管部门意见</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="2">民政局</td><td colspan="2">财政局</td></tr>
</table>

注：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、市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“√”。

3. 申请补助金额：五城区，用房属自建的，每张床位 7500 元；用房属租赁的，每张床位 3500 元，分五年下达。

4. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 5

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

<table>
<tr><td colspan="2">机构名称</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">负责人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">联系人</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">电　话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">开办时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td><td colspan="2">投入运营时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">核定床位数（张）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">其中护理型床位数（张）</td><td colspan="2" rowspan="2">地　址</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">项目性质
及年检情况</td><td colspan="10">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□）</td></tr>
<tr><td colspan="2">月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">月平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td colspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">非护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">护理型床位补助（万元）</td></tr>
<tr><td>护理型</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">县级民政局、财政局意见</td><td colspan="5">民政局</td><td colspan="5">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="2">设区市民政局、财政局意见</td><td colspan="5">民政局</td><td colspan="5">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="2">省民政厅、财政厅审批意见</td><td colspan="5">民政局</td><td colspan="5">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="12">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（护理型为 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“ √ ”。</td></tr>
</table>

附件 6

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

<table>
<tr><td colspan="2">机构名称</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">负责人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">联系人</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">电　话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">开办时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td><td colspan="2">投入运营时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">星级</td><td colspan="4">四星级□　　五星级 □</td><td colspan="2">星级有效期限截止时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">核定床位数（张）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">其中护理型床位数（张）</td><td colspan="2">地　址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">项目性质及年检情况</td><td colspan="10">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□）</td></tr>
<tr><td colspan="2">月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">月平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">非护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">护理型床位补助（万元）</td><td>星级运营补助（万元）</td></tr>
<tr><td>护理型</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="5">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
</table>

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. 申请市级非护理型补助金额=年平均入住非护理型床位数×600 元。

3. 申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800 元。

4. 申请市级星级运营补助金额=年平均入住床位数×50 元（或 100 元）。

5. 项目性质、星级情况及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。

6. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 7

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

<table>
<tr><td colspan="2">公办养老机构名称</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">运营机构名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公建民营时间</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td colspan="2">联系人及电话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">核定床位数（张）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>护理型床位数（张）</td><td colspan="2" rowspan="2">地　址</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">年检情况</td><td colspan="8">需要年检（是□否□）　　年检情况（通过□未通过□）</td></tr>
<tr><td colspan="2">月　份</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">月平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>非护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">护理型床位补助（万元）</td></tr>
<tr><td>护理型</td><td colspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">县级民政局、财政局意见</td><td colspan="4">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="2">设区市民政局、财政局意见</td><td colspan="4">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="2">省民政厅、财政厅审批意见</td><td colspan="4">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="10">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“√”。</td></tr>
</table>

附件 8

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

<table>
<tr><td colspan="2">公办养老机构名称</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">运营机构名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公建民营时间</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td colspan="2">联系人及电话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">核定床位数（张）</td><td></td><td colspan="2">护理型床位数（张）</td><td colspan="2">地　址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">星级</td><td colspan="3">四星级□　　五星级□</td><td colspan="2">星级有效期截止时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年检情况</td><td colspan="9">需要年检（是□否□）　　年检情况（通过□未通过□）</td></tr>
<tr><td colspan="2">月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">月平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">非护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">护理型床位补助（万元）</td><td>星级运营补助（万元）</td></tr>
<tr><td>护理型</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">县级民政局、财政局意见</td><td colspan="4">民政局</td><td colspan="5">财政局</td></tr>
</table>

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“√”。

3. 申请市级非护理型补助金额=年平均入住非护理型床位数×600 元。

4. 申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800 元。

5. 申请市级星级运营补助金额=年平均入住床位数×50 元（或 100 元）。

6 星级情况及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。

7. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 9

福建省民办养老服务机构省级专项补助资金审批表

（营利性养老机构护理型床位运营补贴）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="6"></td><td>负责人</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="6"></td><td>电　话</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>开办时间</td><td colspan="6">年　　月　　日</td><td>投入运营时间</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">核定床位数（张）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>护理型床位数（张）</td><td colspan="2">护理床位比例（%）</td><td colspan="2" rowspan="2">地　址</td><td colspan="5" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td>月平均入住失能老年人床位数（张）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>年平均入住失能老年人床位数（张）</td><td colspan="6"></td><td colspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td>设区市民政局、财政局意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td>省民政厅、财政厅审批意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="13">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。</td></tr>
</table>

附件 10

福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表

（营利性养老机构护理型床位运营补贴）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="5"></td><td>负责人</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="5"></td><td>电　话</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>开办时间</td><td colspan="5">年　　月　　日</td><td>投入运营时间</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>星级</td><td colspan="5">四星级□　　五星级□</td><td>星级有效期截止时间</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">核定床位数（张）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>护理型床位数（张）</td><td colspan="2">护理床位比例（%）</td><td rowspan="2">地　址</td><td colspan="6" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td>月平均入住失能老年人床位数（张）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住失能老年人床位数（张）</td><td colspan="6" rowspan="2"></td><td rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">星级运营补助（万元）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
</table>

注：1. 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。

2. 申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800 元。

3. 申请市级星级运营补助金额=年平均入住失能老年人床位数×50 元（或 100 元）。

4. 星级情况情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。

5. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 11

福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表

（公立医疗机构设立的养老机构床位运营补贴）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">公办医疗机构名称</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">设立的养老机构名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">养老机构备案时间</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td colspan="2">联系人及电话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">核定床位数（张）</td><td></td><td>护理型床位数（张）</td><td></td><td colspan="2">地　址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">星级</td><td colspan="3">四星级□　　五星级□</td><td colspan="2">星级有效期截止时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年检情况</td><td colspan="9">需要年检（是□否□）　　年检情况（通过□未通过□）</td></tr>
<tr><td colspan="2">月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">月平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>护理型</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住床位数（张）</td><td>非护理型</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>非护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">护理型床位补助（万元）</td><td colspan="2">星级运营补助（万元）</td></tr>
<tr><td>护理型</td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公立医疗机构主管部门意见</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">县级民政局、财政局意见</td><td colspan="5">民政局</td><td colspan="5">财政局</td></tr>
</table>

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“√”。

3. 申请市级非护理型补助金额=年平均入住非护理型床位数×600 元。

4. 申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×800 元。

5. 申请市级星级运营补助金额=年平均入住床位数×50 元（或 100 元）。

6. 星级情况及年检情况项目在符合本单位实际的选项打“√”。

7. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 12

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

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="6"></td><td>负责人</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="6"></td><td>电　话</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>开办时间</td><td colspan="6">年　　月　　日</td><td>投入运营时间</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>床位数（张）</td><td colspan="6"></td><td>地　址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>月　份</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td></tr>
<tr><td>月平均入住失能老年人床位数（张）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>年平均入住失能老年人床位数（张）</td><td colspan="6"></td><td colspan="2">申请补助金额（万元）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td>设区市民政局、财政局意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td>省民政厅、财政厅审批意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="6">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="13">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。</td></tr>
</table>

附件 13

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

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="6"></td><td>负责人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td colspan="6"></td><td>电　话</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>开办时间</td><td colspan="6">年　　月　　日</td><td>投入运营时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>星级</td><td colspan="6">四星级□　　五星级□</td><td>星级有效期限截止时间</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>床位数（张）</td><td colspan="6"></td><td>地　址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>月　份</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td></tr>
<tr><td>月平均入住失能老年人床位数（张）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年平均入住失能老年人床位数（张）</td><td colspan="6" rowspan="2"></td><td rowspan="2">申请补助金额（万元）</td><td rowspan="2"></td><td>护理型床位补助（万元）</td><td>星级运营补助（万元）</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>县级民政局、财政局意见</td><td colspan="6">民政局</td><td colspan="5">财政局</td></tr>
</table>

注：1. 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。
2. 申请市级护理型补助金额=年平均入住护理型床位数×400 元。
3. 申请市级星级运营补助金额=年平均入住失能老年人床位数×50 元（或 100 元）。
4. 项目性质、星级情况在符合本单位实际的选项打“√”。
5. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 14

福州市责任保险保费财政补助资金审批表

（公立医疗机构设立的养老机构）

填表时间：　　年　月　日

<table>
<tr><td>保险项目</td><td>责任保险</td><td>公立医疗机构名称</td><td></td></tr>
<tr><td>养老机构名称</td><td></td><td>养老机构法定代表人</td><td></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>备案时间（或取得养老机构设立许可证的时间）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">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√。）</td><td>人身伤亡责任（□有 □无）</td><td>无责救助（□有 □无）</td><td>法律费用（□有 □无）</td></tr>
<tr><td>□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</td><td>□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</td><td>□每次事故 20 万元</td></tr>
<tr><td>保险期限（年）</td><td></td><td>保费标准（元/人/年）</td><td></td></tr>
<tr><td>年平均实际入住床位数（床）</td><td></td><td>实际投保老人数（人）</td><td></td></tr>
<tr><td>保费金额（元）</td><td></td><td>申请保费财政补助资金金额（元）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">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）：
养老机构法定代表人（签章）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">公立医疗机构主管部门意见：</td></tr>
<tr><td colspan="2">县（市）区民政部门意见：
（公章）：
年　月　日</td><td colspan="2">县（市）区财政部门意见：
（公章）：
年　月　日</td></tr>
</table>

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×60 元。
6、表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 15

福州市责任保险保费财政补助资金审批表

（一般养老机构）

填表时间：　　年　月　日

<table>
<tr><td>保险项目</td><td colspan="3">责任保险</td></tr>
<tr><td>机构名称</td><td></td><td>负责人</td><td></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>备案时间</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">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√。）</td><td>人身伤亡责任（□有 □无）</td><td>无责救助（□有 □无）</td><td>法律费用（□有 □无）</td></tr>
<tr><td>□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</td><td>□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</td><td>□每次事故 20 万元</td></tr>
<tr><td>保险期限（年）</td><td></td><td>保费标准（元/人/年）</td><td></td></tr>
<tr><td>年平均实际入住床位数（床）</td><td></td><td>实际投保老人数（人）</td><td></td></tr>
<tr><td>保费金额（元）</td><td></td><td>申请保费财政补助资金金额（元）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">县（市）区民政局：
我居家社区养老服务照料中心已按规定要求投保责任保险 ，现申请_____年度保费财政补助资金，共计人民币_____元。
养老机构（公章）：
养老机构负责人（签章）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">县（市）区民政部门意见：
（公章）：
年　月　日</td><td colspan="2">县（市）区财政部门意见：
（公章）：
年　月　日</td></tr>
</table>

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、申请市级保费财政补助金额=实际投保人数×60 元。
6、表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 16

福州市责任保险保费财政补助资金审批表

（居家社区养老服务照料中心）

填表时间：　　年　月　日

<table>
<tr><td>保险项目</td><td colspan="3">责任保险</td></tr>
<tr><td>照料中心名称</td><td></td><td>负责人</td><td></td></tr>
<tr><td>照料中心地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>备案时间</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">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√。）</td><td>人身伤亡责任（□有 □无）</td><td>无责救助（□有 □无）</td><td>法律费用（□有 □无）</td></tr>
<tr><td>□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</td><td>□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</td><td>□每次事故 20 万元</td></tr>
<tr><td>保险期限（年）</td><td></td><td>保费标准（元/人/年）</td><td></td></tr>
<tr><td>年平均实际入住床位数（床）</td><td></td><td>实际投保老人数（人）</td><td></td></tr>
<tr><td>保费金额（元）</td><td></td><td>申请保费财政补助资金金额（元）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">县（市）区民政局：
我居家社区养老服务照料中心已按规定要求投保责任保险 ，现申请_____年度保费财政补助资金，共计人民币_____元。
居家社区养老服务照料中心（公章）：
居家社区养老服务照料中心负责人（签章）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">县（市）区民政部门意见：
（公章）：
年　月　日</td><td colspan="2">县（市）区财政部门意见：
（公章）：
年　月　日</td></tr>
</table>

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、申请市级保费财政补助金额=实际投保人数×60 元。

6、表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。

附件 17

福州市民办养老服务机构市级专项补助资金审批表

（医养结合补助）

填表日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>养老机构名称</td><td></td><td>医疗机构执业
许可证编号</td><td></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td>电　话</td><td></td></tr>
<tr><td>备案时间</td><td></td><td>投入运营情况</td><td></td></tr>
<tr><td>核定床位数
（张）</td><td></td><td>地　址</td><td></td></tr>
<tr><td>项目性质及
年检情况</td><td>营利性
纳税情况　（完成□　未完成□）</td><td>非营利性
年检情况　（通过□　未通过□）</td><td>事业单位
年检情况（通过□　未通过□）</td></tr>
<tr><td>医疗机构执
业许可证</td><td colspan="3">有效期起止时间：　　年　　月　　日至　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医养结合
方式</td><td>1. 设置诊所、卫生所（室内）、医务室　□
2. 设置护理站　□</td><td>设置诊所/卫生所/
医务室/护理站的
时间</td><td>年　　月　　日
（以首次取得医疗机构执业许可证时间为准）</td></tr>
<tr><td>申请补助
金额
（万元）</td><td colspan="3">8 万元□　　10 万元□</td></tr>
<tr><td>县级民政局、
财政局意见</td><td>民政局</td><td colspan="2">财政局</td></tr>
<tr><td colspan="4">注：1. 项目性质及年检情况、医疗卫生职业许可证、医养结合方式、申请补助金额等项目在符合本单位实际的选项打“√”。
2 补助标准：（1）设置诊所、卫生所（室内）、医务室的补助 8 万元。（2）设置护理站的补助 10 万元。
3. 表格可由市民政局根据业务实际情况进行调整。</td></tr>
</table>

附件 18

证　　明（模板）

XX 县（市）区民政局：

兹证明 XX 养老机构在我司投保了责任保险，具体情况如下：

1. 机构名称：　　法定代表人：

2. 机构地址：

3. 投保人数：　　保费标准：　　（元/人）

4. 投保时间：　　保险期限：

5. 保费金额：　　元

6. 责任保险投保范围_____（是/否）包含人身伤亡责任险、无责救助和法律费用三项。

7. 投保的责任保险限额____（是/否）满足以下最低标准：

（1）人身伤亡责任限额

①伤残、死亡赔偿限额：20 万元/人，其中伤残的按比例赔付；

②医疗费用（含残疾用具费用）责任限额：2 万元/人；

③住院期间护理费责任限额：100 元/天，最高 180 天；

④住院期间的伙食补助费责任限额：40 元/天，最高 180 天；

⑤精神损害赔偿责任限额：2万元/人；

⑥交通费赔偿责任限额：1000元/人；

⑦每人每次事故人身伤亡责任限额的总额为20万元，对超出上述（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。

2、法律费用责任限额：每次事故20万元。

3、养老机构规模（按投保人数）50人（含）以内、51人～100人、101人～200人、201人以上每年累计责任限额分别为200万元、250万元、300万元、350万元。

4、无责救助

（1）意外伤害、死亡伤残赔偿限额：1万元/人；

（2）意外伤害医疗费用赔偿限额：0.5万元/人。

特此证明

XX保险公司（盖章）

XX年XX月XX日