

SDPR-2021-0110001

# 山东省民政厅 文件 山东省财政厅

鲁民〔2021〕21号

## 山东省民政厅 山东省财政厅 关于印发《山东省省级养老服务专项资金 补助项目实施方案》的通知

各市民政局、财政局，各省财政直接管理县（市）民政局、财政局：

现将《山东省省级养老服务专项资金补助项目实施方案》印发给你们，请认真抓好落实。



（此件主动公开）

# 山东省省级养老服务专项资金 补助项目实施方案

为加快建立居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系，引导各级和社会力量增加养老服务有效供给，根据《山东省养老服务条例》《山东省人民政府办公厅关于推进养老服务发展的实施意见》(鲁政办发〔2019〕31号)等有关法规文件规定，制定本方案。

## 一、护理型养老机构一次性建设补助项目

### (一) 项目范围

2021年1月1日起，本省行政区域范围内由政府、企业、社会组织、个人，以新建、扩建以及利用自有房产、租赁房屋改建等方式建设的，重点为失能、半失能老年人提供服务的护理型养老机构、养护院、护理院等项目。居家式、产权式、会员制项目不在补助范围。

### (二) 补助条件

1. 项目土地、建设、房产手续齐全。其中，以租赁土地形式新建的项目，土地租赁期应在10年以上；以租赁房屋形式改建的项目，租赁房屋期限应在5年以上。

2. 床位应为护理型床位，不少于20张，符合《养老机构护理型床位认定》(DB37/T3587-2019)、《老年养护院建设标准》(建

标 144-2010)、《护理院基本标准(2011 版)》等标准规范。

3. 取得卫生健康部门的执业许可或备案证明, 配备相应的医生、护士和护理人员。

4. 项目建成验收合格并投入使用。

5. 依法办理法人登记, 并在当地民政部门备案, 相关信息完整录入省养老管理平台。

### (三) 申报材料

1. 护理型养老机构省级一次性建设补助申请表(附件 1)。

2. 土地、建设和房屋产权手续证明材料复印件。其中, 租赁房屋改建的项目, 还应提供租赁期限不少于 5 年的房屋租赁合同。

3. 医疗机构医疗执业许可证明或备案证明、医生、护士人员名单及执业资格证复印件。

4. 养老机构法人登记证书和养老机构备案回执复印件。

### (四) 补助标准

对符合条件的养老机构, 按核定护理型床位给予一次性新建、扩建补助或租赁改建补助。

1. 济南市、东营市、烟台市、威海市每张新建、扩建和利用自有房产建设床位补助 8000 元, 租赁房屋改建床位补助 3000 元。

2. 淄博市、潍坊市、济宁市、泰安市、日照市每张新建、扩建和利用自有房产建设床位补助 9000 元, 租赁房屋改建床位补助 3500 元。

3. 枣庄市、临沂市、德州市、聊城市、滨州市、菏泽市, 高

青县、沂源县、安丘市、临朐县、微山县、五莲县、莒县每张新建、扩建和利用自有房产建设床位补助 10000 元，租赁房屋改建床位补助 4000 元。

4. 金乡县、鱼台县、梁山县、泗水县、汶上县、宁阳县、东平县、蒙阴县、沂水县、兰陵县、临沭县、临邑县、庆云县、平原县、宁津县、乐陵市、临清市、高唐县、无棣县、东明县每张新建、扩建和利用自有房产建设床位补助 11000 元，租赁房屋改建床位补助 4500 元。

5. 郯城县、平邑县、夏津县、冠县、莘县、阳谷县、惠民县、阳信县、鄆城县、单县、曹县、巨野县、鄆城县、成武县每张新建、扩建和利用自有房产建设床位补助 12000 元，租赁房屋改建床位补助 5000 元。

## 二、特困人员供养设施（敬老院）一次性建设补助项目

### （一）补助范围

2021 年 1 月 1 日起，本省行政区域范围内政府以独资、合资、合作等方式，新建或依托现有敬老院设施扩建、改造提升的，以失能、半失能特困人员专业照护为主的特困人员供养设施（敬老院）。

### （二）补助条件

1. 纳入省级特困人员供养设施（敬老院）三年改造提升计划。
2. 土地、建设或房产手续齐全。
3. 床位应为护理型床位，符合《特困人员供养服务设施（敬

老院)建设标准》(建标 184-2017)等标准规范,依托现有敬老院改造提升的应达到民发〔2019〕80号规定的22项改造提升基础指标。

4.项目应已开工或投入使用,已投入使用项目应依法办理法人登记,并在当地民政部门备案。

5.相关信息完整录入省养老管理平台。

### (三)申报材料

1.特困人员供养设施(敬老院)省级一次性建设补助申请表(附件2)。

2.正在建设的新建、扩建项目应提供土地、建设手续证明材料复印件;投入使用的新建、扩建项目应提供土地和房屋产权证明、养老机构法人登记证书和备案回执或设立许可证复印件;改造提升项目应提供房屋产权证明和施工合同复印件。

在建的新建、扩建项目投入使用后,应按照投入使用项目要求补充有关材料,进行评估验收。

### (四)补助标准及方式

对符合条件的特困人员供养设施(敬老院),按核定护理型床位给予一次性建设补助或改造提升补助。项目开工经审核后预拨70%补助资金,其余30%资金待验收合格后予以拨付。该补助项目与护理型养老机构一次性建设补助项目不重复享受。

1.济南市、东营市、烟台市、威海市每张新建、扩建床位补助8000元,改造提升床位补助2400元。

2.淄博市、潍坊市、济宁市、泰安市、日照市每张新建、扩建床位补助 9000 元，改造提升床位补助 2700 元。

3.枣庄市、临沂市、德州市、聊城市、滨州市、菏泽市，高青县、沂源县、安丘市、临朐县、微山县、五莲县、莒县每张新建、扩建床位补助 10000 元，改造提升床位补助 3000 元。

4.金乡县、鱼台县、梁山县、泗水县、汶上县、宁阳县、东平县、蒙阴县、沂水县、兰陵县、临沭县、临邑县、庆云县、平原县、宁津县、乐陵市、临清市、高唐县、无棣县、东明县每张新建、扩建床位补助 11000 元，改造提升床位补助 3300 元。

5.郯城县、平邑县、夏津县、冠县、莘县、阳谷县、惠民县、阳信县、鄄城县、单县、曹县、巨野县、鄄城县、成武县每张新建、扩建床位补助 12000 元，改造提升床位补助 3600 元。

### 三、养老机构运营奖补项目

#### (一) 项目范围

本省行政区域范围内已投入运营，重点为失能、半失能老年人提供服务的民办养老机构、委托第三方运营的公办养老机构、政府与第三方合资合作养老机构，补助对象为实际运营方。居家式、产权式、会员制项目不在补助范围。

#### (二) 奖补条件

- 1.投入运营时间满一年。
- 2.经评估达到 1 星级及以上。
- 3.依法办理法人登记，并在当地民政部门备案或许可。

4. 入住老年人信息应录入省养老管理平台，并及时更新。

5. 入住老年人满意率达到 90%以上。

6. 获得上一次省级养老服务专项资金养老机构运营奖补时间已达到一年。

### （三）申报材料

1. 养老机构省级运营奖补申请表（附件 3）。

2. 养老机构法人登记证书和备案回执或设立许可证复印件。  
公办养老机构实行委托运营的，还须提供委托运营协议。

3. 申报之日前 12 个月每月入住社会老年人花名册、机构自评能力等级和收费标准，以上信息需与省养老管理平台数据一致。

4. 具备资质和能力的第三方根据《老年人能力评估》（MZ/T 039-2013）出具的入住老年人能力评估报告。

### （四）奖补标准

对符合以上补助范围和条件的养老机构，根据收住的中度、重度失能老年人数量及入住时间进行奖补，按照每人每年 2400 元、3600 元（不满一年的每人每月 200 元、300 元）的标准，根据养老机构 1-5 星级等级评定结果，分别给予 0.8 倍、0.9 倍、1 倍、1.1 倍、1.2 倍差异化补助。对各市评出的 4、5 星级养老机构，由省民政厅统一进行复核认定后，方能按照以上标准享受运营奖补。

## 四、社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营奖补项目

### （一）奖补范围

本省行政区域范围内由街道、社区、村（居）委会、个人或社会力量运营，为老年人提供日间照料、文化娱乐、精神慰藉等服务的社区老年人日间照料中心、农村幸福院。补助对象为实际运营方。

## （二）奖补条件

1. 投入运营时间满 1 年。

2. 符合《城镇社区老年人日间照料中心等级划分》（DB37/T2722 - 2015）、《农村幸福院等级划分与评定》（DB37/T3774 - 2020）等建设标准和功能设置要求。

3. 经评估达到 1 星级及以上。

4. 日常运营和服务规范，按标准配备服务人员，在显要位置公示服务人员和监督电话，纳入乡镇人民政府（街道办事处）日常监管。

5. 服务老年人满意率 90%以上。

## （三）申报材料

1. 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表（附件 4）。

2. 日常运营与服务情况报告。

个人或社会力量运营的，还应提供运营主体法人登记证书复印件。

## （四）奖补标准及方式

对符合上述条件的社区老年人日间照料中心、农村幸福院，



省级分别按照每处每年不高于 12000 元、6000 元的标准，从省级养老服务专项资金中统筹安排奖补资金。各市根据等级评定结果，结合省级奖补和本级相关资金安排，对符合条件的社区老年人日间照料中心、农村幸福院实施差异化奖补，具体奖补标准和方案由各设区市制定。

## 五、院校设立养老服务相关专业奖补项目

### （一）奖补对象

本省行政区域范围内经有关主管部门批准设立养老服务相关专业，能够开展正常教学的高等院校、市级及以上中等职业学校（含技工院校）。

### （二）奖补条件

1. 连续招生两年以上且每年招收养老服务相关专业学生不少于 20 人，能够开展正常教学活动。

2. 师资、实验实训设施符合有关主管部门设立养老服务相关专业有关规定，有科学、规范、完整的专业人才培养方案，有保障开设本专业可持续发展的规划和相关制度。

### （三）申报材料

1. 院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表（附件 5）。

2. 有关主管部门批准设立养老专业招生文件复印件。

3. 设立养老专业的师资基本信息表、实验实训（场所、仪器设备）设施一览表。

4. 最近两个学年招录养老专业学生花名册，教育部学信网、

省教育部门、省人力资源社会保障部门、市教育主管部门在籍专业学生验证材料。

院校设立养老服务相关专业省级补助资金，由相关院校直接向省民政厅提出申请。

#### （四）奖补标准

符合条件的高等院校、中等职业学校（含技工院校），省级对每处分别给予 100 万元、80 万元的一次性奖补。

### 六、大中专毕业生入职养老服务一次性奖补项目

#### （一）奖补对象

本省行政区域范围内在养老机构和社区养老服务机构从事护理、医疗、康复、社工一线岗位工作，持有本科及以上、专科（高职）、中职（技工院校）毕业证书的专职养老服务人员，事业单位在编人员不在奖补范围内。

#### （二）奖补条件

申请一次性入职奖补资金，应同时符合以下条件：

1. 与养老服务机构签订 5 年以上劳动合同，且从事养老护理、医疗、康复、社工一线岗位工作满 1 年。

2. 持有国家教育（人力资源社会保障）主管部门认可的高等院校、中等职业技术学校、技工院校毕业证书。

3. 全日制院校毕业 3 年内。

4. 养老机构按规定为申请人缴纳社会保险满 1 年。

#### （三）申报材料

1. 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表（附件6）。
2. 申请人身份证件、学历（学位）或毕业证书复印件。
3. 申请人与所在养老服务机构签订的劳动合同复印件。
4. 养老服务机构出具的工资发放、缴纳社保等材料复印件（加盖所在机构财务专用章，主要负责人签字）。

#### （四）奖补标准及方式

对符合规定条件的本科及以上、专科（高职）、中职（技工院校）毕业入职人员，分别给予2万元、1.5万元、1万元的一次性入职奖补。

入职奖补申请人与养老服务机构签订5年以上劳动合同，入职满一年、两年、三年分别按照奖补标准的40%、30%、30%比例发放。入职奖补资金发放期间，申请人离开养老服务机构，未发放部分不再予以发放；从原申请所在养老服务机构辞职、继续到其他养老服务机构工作且符合补助条件的，不得重复申领已补助部分，未发放部分可继续申领。

### 七、养老护理员职业技能等级奖补项目

#### （一）奖补对象

2021年1月1日以来，本省行政区域范围内养老机构和社区养老服务机构中取得职业技能等级三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师等级的养老护理员，事业单位在编人员不在奖补范围内。

#### （二）奖补条件

1. 所在养老服务机构经当地民政部门备案（许可）。

2. 持有养老护理员职业技能等级证书（经人力资源社会保障部门确定的技能等级评价机构评价，证书编码全国可查询），且从事与证书相对应工作。

3. 在养老服务机构中从事养老护理员工作两年以上。

### （三）申报材料

1. 养老护理员职业技能等级省级补助申请表（附件7）。

2. 申请人身份证件、养老护理员岗位技能等级证明复印件。

3. 申请人与所在养老服务机构签订的劳动合同、缴纳社保材料复印件。

### （四）奖补方式

对符合条件的取得三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师职业技能等级的养老护理员，分别给予3000元、4000元、5000元的一次性奖补。已申领高级工或技师技能等级奖补、符合更高级奖补条件的，补齐相应差额。同一等级的奖补只能申请一次。

## 八、省级养老服务与管理人员培训项目

### （一）补助对象

省民政厅组织开展的培训项目。

### （二）培训和补助方式

省级每年安排一定规模的资金用于开展省级养老服务培训  
工作。采取政府购买服务方式，择优确定培训机构实施培训。培  
训结束后，根据培训人数和培训情况据实结算培训资金。

## 九、养老服务创新试点奖补项目

主动适应我省老龄化进程和养老服务发展的新形势、新要求，聚焦养老服务重点难点堵点，省级每年安排一定规模的试点奖补资金，推动各地开展试点工作，打造示范样板，破解发展难题，引领全省养老服务工作创新发展。具体方案由省民政厅、省财政厅另行制定。

## 十、规范高效推进项目审批和资金管理工作

### （一）分级分类审批

对本方案规定的补助项目，由省、市、县三级民政部门按照分级负责、分类审批的原则组织实施。

1. 省民政厅。（1）负责省级养老服务专项资金补助项目的总体推进、协调督导和备案汇总；（2）负责院校设立养老专业奖补项目受理和审批、省级养老服务与管理人员培训项目实施工作；（3）负责组织实施养老服务创新试点奖补项目。

2. 市级民政部门。（1）负责对县级初审的护理型养老机构一次性建设补助、特困人员供养设施（敬老院）护理型床位一次性建设补助、养老机构运营奖补项目进行审批；（2）负责市本级相关项目的审批工作；（3）统筹推进城乡老年人日间照料服务设施运营奖补、养老服务创新试点奖补项目。

3. 县级民政部门。（1）负责对本地申报的护理型养老机构一次性建设补助、特困人员供养设施（敬老院）护理型床位一次性建设补助、养老机构运营奖补项目进行初审，将符合条件的报

市级民政部门审批。（2）负责对城乡老年人日间照料服务设施运营奖补、大中专毕业生入职养老服务一次性奖补、养老护理员职业技能等级奖补项目进行审批。

## （二）规范高效推进

各地要按照随时受理、及时审批、即时拨付、年底结算的原则，依托省养老服务管理平台进行申请、审批，规范高效推进项目审批。

1. 预拨补助资金。省民政厅、省财政厅统筹考虑年度养老服务体系建设和上年度资金使用绩效，于每年年初预拨补助资金。

2. 受理审批项目。各级民政部门根据项目审批职责，分类受理有关补助申请（含县级初审结果申报），于受理之日起10个工作日内自行或委托第三方完成材料审核和现场勘查，同步录入省养老管理平台。对民政部门已经掌握的和通过数据共享能够获取的相关证明材料，应免于提供。对各级审批通过的补助项目和补助金额，通过民政系统网站或其他公共媒体进行为期5天的公示。经公示无异议的，报当地财政部门拨付补助资金。

3. 进行备案结算。以市为单位，每年分别于3月底、6月底、9月底、11月底，依托省养老管理平台形成汇总表（附件8-14），进行资金审批情况备案，及时掌握资金使用进展。每年12月，省民政厅、省财政厅根据各地备案情况予以结算。

## （三）明确部门分工

省民政厅负责省级养老服务专项资金的预算编制、执行和资金结算工作，提出资金预拨意见和分配方案，实施项目备案和省本级项目审批，设置绩效目标并开展绩效运行监控、绩效自评等工作；省财政厅负责组织预算编制，对支出政策和资金分配意见进行合规性审核，下达预算指标，牵头预算绩效管理，并配合做好省级资金结算等工作。设区的市和县（市、区）民政部门根据审批项目权限，分类做好项目审批、公示、备案、验收以及绩效评价、资金使用监管等工作；设区的市和县（市、区）财政部门负责做好审核拨付和预算绩效管理，配合做好资金结算等工作。

各级民政、财政部门要按照省财政厅等部门《关于印发山东省养老和养老服务业发展资金管理暂行办法的通知》（鲁财社〔2019〕23号）要求，加强协同配合，健全完善省级补助项目审核的具体办法，开展省级补助资金绩效评价，定期对补助项目建设和运作情况进行检查，对擅自改变养老用途、弄虚作假骗取补贴、不按规定用途使用补助资金的，一经查实，取消补助资格，并依法进行追偿和处理。

#### （四）明确有关工作

1. 各地要严格落实项目及时受理和审批、即时拨付和定期备案要求，对经审核符合条件的项目及时拨付补助资金，严禁年底集中突击审批项目和拨付资金。纳入补助项目和奖补人员应全部录入省养老管理平台有关模块，并依托省养老管理平台省级养老服务专项资金模块进行申请审批。

2. 养老机构床均综合建筑面积，根据养老机构具体类型和床位总量，分别按照《特困人员供养服务设施（敬老院）建设标准》（建标 184-2017）、《老年养护院建设标准》（建标 144-2010）、《城镇老年人设施规划规范》（GB50437-2007）（2018 年版）等有关标准确定。

养老机构床均综合建筑面积应不低于 30 平方米，在床均综合建筑面积达到上述规定标准的前提下，省级按照各养老机构实际拥有的床位数量给予补助。

3. 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，可利用现有法人资格进行备案，并使用医疗机构相关手续申领有关补贴。

医疗机构内设的护理型养老机构，应专门设置功能分区，严格区分病床和护理床位，实行物理隔离，不得将病床纳入建设和运营补助范围。

4. 各地要加强对养老机构运营奖补的监督检查，委托专业第三方机构开展入住老年人的身体能力评估工作，一经发现通过虚报老年人数、弄虚作假提高老年人护理等级等手段骗取补助资金的，依法依规严肃处理。

5. 各地要加强对敬老院的统筹规划，推动敬老院从“一镇一院”向“县级和区域敬老院”转型，对依托现有敬老院改造提升的项目要对照 22 项基础改造指标进行验收，对硬件设施差、不具备改造价值的逐步撤并关停，不得纳入省级补助范围。



6. 对省级已补助的项目，不得通过改变机构名称等形式巧立名目重复申请补助，不得按照新的补助标准找平补差。对省级已补助的普通型养老机构项目，经改造升级为护理型养老机构的，不在本方案的护理型养老机构一次性建设补助范围内。

7. 对 2020 年底前已经纳入补助范围的普通型养老机构在建项目，2021 年 11 月底前建成并通过验收、符合补助条件的，按照原有补助标准给予一次性建设补助。

8. 委托第三方机构开展评估工作的，应由市或县统一委托，养老机构不得自行委托。各地要加强对第三方机构评估情况的监督检查，对评估存在问题的第三方评估组织，列入失信名单，给予公开通报和严肃处理，并及时告知登记注册机关。

9. 除院校设立养老专业奖补项目、养老服务与管理人员培训项目、养老服务创新试点奖补项目外，本方案涉及的其他项目不适用于青岛市。

本方案由省民政厅、省财政厅负责解释，自 2021 年 4 月 20 日起施行，有效期至 2023 年 12 月 31 日（其中特困人员供养设施一次性建设补助项目执行到 2022 年 12 月 31 日）。自本通知施行之日起，《山东省民政厅 山东省财政厅关于印发〈山东省养老服务业省级专项资金补助项目实施方案〉的通知》（鲁民〔2016〕44 号）同时废止。

附件：1. 护理型养老机构省级一次性建设补助申请表

2. 特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设奖补申请表
3. 养老机构省级运营奖补申请表
4. 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表
5. 院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表
6. 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表
7. 养老护理员职业技能等级省级奖补申请表
8. 护理型养老机构省级一次性建设补助汇总表
9. 特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助汇总表
10. 养老机构省级运营奖补汇总表
11. 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补汇总表
12. 院校设立养老服务相关专业省级奖补汇总表
13. 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补汇总表
14. 养老护理员职业技能等级省级补助汇总表

# 附件 1

## 护理型养老机构省级一次性建设补助申请表

|            |  |   |                   |  |                  |  |
|------------|--|---|-------------------|--|------------------|--|
| 养老机构填写     | 项目名称   |   | 项目地址              |  |                  |  |
|            | 申请补助类别   | 新建补助 <input type="checkbox"/> 扩建补助 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建补助 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建补助 <input type="checkbox"/>                                   |                   |  |                  |  |
|            | 项目类型   | 养老机构内设护理院 <input type="checkbox"/> 专业护理院 <input type="checkbox"/> 专业养护院 <input type="checkbox"/><br>内设分支医疗机构 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |                   |  |                  |  |
|            | 用地方式   | 划拨土地建设 <input type="checkbox"/> 出让土地建设 <input type="checkbox"/> 租赁土地建设 <input type="checkbox"/> 集体土地建设 <input type="checkbox"/>                                   |                   |  |                  |  |
|            | 建设进度   | 投入使用 <input type="checkbox"/>   |                   |  |                  |  |
|            | 建筑面积<br>(平方米)  |   | 原有床位数<br>(张)      |  | 新增床位数<br>(张)     |  |
|            | 投资规模<br>(万元)   |   | 申请省级补助<br>资金数(万元) |  | 申请省级资助床<br>位数(张) |  |
|            | <b>以下已投入使用项目填写</b>   |   |                   |  |                  |  |
|            | 法人登记证书编号   |   | 机构许可(备案回执)编号      |  |                  |  |
|            | 法人代表姓名   |   | 手机                |  |                  |  |
|            | <b>以下已开工建设项目填写</b>   |   |                   |  |                  |  |
|            | 立项批复(备案)文号   |   | 施工许可证编号           |  |                  |  |
|            | 项目举办单位   |   | 项目举办单位法人及联系电话     |  |                  |  |
|            | 项目举办单位负责人填写  | <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>法人代表签字(加盖单位公章)：      申请时间：    年    月    日</p>                                       |                   |  |                  |  |
| 县级民政部门审核意见 | <p>经审查，该单位系新建<input type="checkbox"/>/扩建<input type="checkbox"/>/自有房屋改建补助<input type="checkbox"/>/租赁用房改建项目<input type="checkbox"/>，新增床位    张，符合资助条件，建议资助    万元。</p> <p>以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。</p> <p style="text-align: center;">县级民政部门核查人签字：<br/>县级民政部门负责人签字(加盖单位公章)<br/>年    月    日</p> |   |                   |  |                  |  |
| 市级民政部门审批意见 | <p>经复审，该单位系新建<input type="checkbox"/>/扩建<input type="checkbox"/>/自有房屋改建补助<input type="checkbox"/>/租赁用房改建项目<input type="checkbox"/>，新增床位    张，符合资助条件，核定资助    万元。</p> <p style="text-align: center;">市级民政部门核查人签字：<br/>市级民政部门负责人签字(加盖单位公章)<br/>年    月    日</p>                                |   |                   |  |                  |  |

注:1. 市级项目不需填写县级民政部门填写审核意见。2. 此表一式四份(市级项目两份)，由县、市民政主管业务科(处)室存档。

## 附件 2

# 特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助申请表

|                                 |  |  |   |                  |          |  |
|---------------------------------|--|--|---|------------------|----------|--|
| 养老机构<br>填写                      | 项目名称   |  | 项目地址  |                  |          |  |
|                                 | 申请补助类别<br>(根据实际情况<br>选择填写)   | 新建补助 <input type="checkbox"/>  | 护理型床位<br>张数(张)  |                  | 投资总额(万元) |  |
|                                 |  | 扩建补助 <input type="checkbox"/>  | 护理型床位<br>张数(张)  |                  | 投资总额(万元) |  |
|                                 |  | 改造提升补助 <input type="checkbox"/>  | 护理型床位<br>张数(张)  |                  | 投资总额(万元) |  |
|                                 | 是否纳入省级三年改造提升项目库  |  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |                  |          |  |
|                                 | 用地方式   | 划拨土地建设 <input type="checkbox"/> 出让土地建设 <input type="checkbox"/><br>租赁土地建设 <input type="checkbox"/> 现有土地建设 <input type="checkbox"/> |   |                  |          |  |
|                                 | 建设进度   | 开工建设 <input type="checkbox"/> 投入使用 <input type="checkbox"/>  |   |                  |          |  |
|                                 | 建筑面积<br>(平方米)  | 申请省级补助<br>资金数(万元)  |   | 申请省级资助床<br>位数(张) |          |  |
|                                 |  | 以下已投入使用项目填写  |   |                  |          |  |
|                                 | 法人登记证书编号   |  |   | 机构备案回执编号         |          |  |
| 法定代表人姓名                         |  |  | 手机  |                  |          |  |
| 项目<br>举办<br>单位<br>负责<br>人填<br>写 | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途。<br>如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。<br><br>法人代表签字（加盖单位公章）：    申请时间：    年    月    日  |  |   |                  |          |  |
| 县级<br>民政<br>部门<br>审核<br>意见      | 经审查，该单位系新建项目 <input type="checkbox"/> /扩建项目 <input type="checkbox"/> /改造提升项目 <input type="checkbox"/> ，护理型床位__张，符合资<br>助条件，建议资助__万元。<br>以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。<br>县级民政部门核查人签字：<br><br>县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：<br>年    月    日 |  |   |                  |          |  |
| 市级<br>民政<br>部门<br>审批<br>意见      | 经复审，该单位系新建项目 <input type="checkbox"/> /扩建项目 <input type="checkbox"/> /改造提升项目 <input type="checkbox"/> ，护理型床位__张，符合资<br>助条件，核定资助__万元。<br><br>市级民政部门核查人签字：<br><br>市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：<br>年    月    日                        |  |   |                  |          |  |

注：此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科处存档。

### 附件 3

## 养老机构省级运营奖补申请表

|                            |   |  |                         |                            |  |
|----------------------------|---|--|-------------------------|----------------------------|--|
| 养老机构<br>(实际运营方)<br>填写      | 机构名称  |  | 地址                      |                            |  |
|                            | 法人登记<br>证书编号  |  | 机构许可<br>(备案回执) 编号       |                            |  |
|                            | 开始运营时间  | 年 月 日  | 机构负责人<br>姓名             | 联系电话                       |  |
|                            | 运营方式  | <input type="checkbox"/> 民建民营 <input type="checkbox"/> 公办养老机构委托运营 <input type="checkbox"/> |                         | 评定等级                       |  |
|                            | 公办养老机构<br>委托运营实际<br>运营方名称   |  | 公办养老机构委<br>托运营方法人代<br>表 | 机构床位数<br>(张)               |  |
|                            | 申请运营<br>补助人数<br>(人)   |  | 半自理(中度失<br>能)老人(人)      | 完全不能自理<br>(重度失能)<br>老年人(人) |  |
|                            | 申请省级补助资金(万元)  |  |                         |                            |  |
|                            | <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金,本人承诺将用于规定用途。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。</p> <p>机构(实际运营方)法人代表签字(加盖单位公章): _____ 年 月 日</p>   |  |                         |                            |  |
| 县级<br>民政<br>部门<br>审核<br>意见 | <p>经审查, ____年度该机构入住老人____人,其中半自理(中度失能)老人 ____人,完全不能自理(重度失能)老人____人,入住老年人满意率 % ,符合资助条件,建议资助____万元。以上信息属实,如有虚假,本人自愿承担法律责任。</p> <p style="text-align: right;">县级民政部门核查人签字:</p> <p style="text-align: right;">县级民政部门负责人签字(加盖单位公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |  |                         |                            |  |
| 市级<br>民政<br>部门<br>审批<br>意见 | <p>经复审, ____年度该机构入住自理老人____人,半自理老人____人,不能自理老人____人,符合资助条件,核定资助____万元。</p> <p style="text-align: right;">市级民政部门核查人签字:</p> <p style="text-align: right;">市级民政部门负责人签字(加盖单位公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>   |  |                         |                            |  |

注:1. 市级项目不需填写县级民政部门审核意见栏。2. 此表一式四份(市级项目两份),由县、市民政部门主管业务科(处)室存档。

## 附件 4

## 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表

|               |   |   |                                |                            |
|---------------|---|---|--------------------------------|----------------------------|
| 日间照料设施实际运营方填写 | 项目名称  |   | 地址                             |                            |
|               | 类别  | 社区日间照料中心 <input type="checkbox"/>   | 农村幸福院 <input type="checkbox"/> | 评定等级                       |
|               | 建设规模<br>(平方米)   |   | 设置床位数<br>(张)                   | 建设投资总额<br>(万元)             |
|               | 兴办主体  | 政府(街道)建 <input type="checkbox"/> 社会建 <input type="checkbox"/> 政府与社会合资合作建 <input type="checkbox"/> |                                |                            |
|               | 运营方式  | 公建公营 <input type="checkbox"/> 民建民营 <input type="checkbox"/> 委托运营 <input type="checkbox"/>         |                                |                            |
|               | 省级是否已给予一次性建设补助  | 是 <input type="checkbox"/>  | 给予补助时间                         | 年                          |
|               |   |   |                                | 否 <input type="checkbox"/> |
|               | <b>基本运营情况</b>   |   |                                |                            |
|               | 运营单位  |   | 运营单位法人<br>代表及联系电话              |                            |
|               | 协议运营年限  |   | 开始运营时间                         |                            |
|               | 申请补助资金额度  | 万元  |                                |                            |
|               | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金,本人承诺将用于规定用途,绝不挪作他用。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。 |   |                                |                            |
|               | 法定代表人签字(加盖单位公章):  |   | 申请时间: 年 月 日                    |                            |
| 县级民政部门审核审批意见  | 经审查,该中心符合资助条件,给予日间照料设施运营奖补 万元。                                  |   |                                |                            |
|               | 县级民政部门核查人签字:  |   |                                |                            |
|               | 县级民政部门负责人签字(加盖单位公章):  |   |                                |                            |
|               | 年 月 日   |   |                                |                            |

注:此表一式四份,分别由县、市民政部门主管业务科(处)室存档。

## 附件 5

### 院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表

|                                |   |        |   |
|--------------------------------|---|--------|---|
| 院校名称                           |   | 院校所在地址 |   |
| 院校法人代表                         |   | 联系电话   |   |
| 院校上级业务主管单位                     |   |        |   |
| 院校设立养老服务相关专业时间                 |   |        |   |
| 批准院校设立养老服务相关专业单位               |   |        |   |
| 批准院校设立养老服务相关专业文号               |   |        |   |
| 开始独立招生时间                       |   | 年 月    |   |
| 申请省级补助数额（万元）                   |   |        |   |
| <b>独立招生以来分年度养老服务相关专业实际招生规模</b> |   |        |   |
| 年度                             | 人 | 年度     | 人 |
|                                |   |        |   |
|                                |   |        |   |

**注：**本表由相关院校据实填写，一式两份，由省民政厅、财政厅业务主管处室分别存档。

## 附件 6

## 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表

|  |  |        |        |       |     |
|--|--|--------|--------|-------|-----|
| 姓名   |  | 性别     |        | 出生年月  | 年 月 |
| 身份证号码  |  |        |        | 户籍所在地 |     |
| 毕业院校   |  | 毕业证书编号 |        | 工作岗位  |     |
| 全日制学历  | 中职 <input type="checkbox"/> 技工院校 <input type="checkbox"/> 专科（高职） <input type="checkbox"/><br>大学本科 <input type="checkbox"/> 硕士研究生及以上 <input type="checkbox"/> |        |        |       |     |
| 全日制院校<br>毕业时间  | 年 月  |        | 参加工作时间 |       | 年 月 |
| 现工作机构  |  |        |        |       |     |
| 与现工作机构签订劳动合同时间   |  |        |        | 年 月   |     |
| 在本机构连续工作年限   | 年  |        | 本次申请年度 | 第 年   |     |
| 本次申请数额（万元）   |  |        |        |       |     |
| 本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过省级大中专毕业生入职养老服务一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。<br><br>申请人签字：_____ 申请时间： 年 月 日 |  |        |        |       |     |
| 经审查，该同志符合资助条件，建议给予入职补助 万元。<br><br>所在机构负责人签字（加盖单位公章）_____ 年 月 日                               |  |        |        |       |     |
| 县级民政<br>部门<br>审核意<br>见   | 经核实，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务奖补 万元。<br><br>县级民政部门核查人签字：<br><br>县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）<br><br>年 月 日   |        |        |       |     |

注：此表一式两份，由县级民政部门主管业务科（处）室存档。



## 附件 7

## 养老护理员职业技能等级省级补助申请表

|  |   |   |      |       |     |
|--|---|---|------|-------|-----|
| 姓名   |   | 性别  |      | 出生年月  | 年 月 |
| 身份号码   |   |   |      | 户籍所在地 |     |
| 参加工作时间   | 年 月   |   |      |       |     |
| 所在养老机构名称   |   |   |      |       |     |
| 开始从事养老<br>护理岗位时间   | 年 月   | 连续从事养老<br>护理岗位时间                                  | 年 个月 |       |     |
| 是否曾经领取岗<br>位技能补贴   | <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 是 领取年度_____年 金额 _____ 万元 |      |       |     |
| 现养老护理员职业技能等级   | 一级/高级工 <input type="checkbox"/> 二级/技师 <input type="checkbox"/> 三级/高级技师 <input type="checkbox"/> |   |      |       |     |
| 技能等级证书编号   |   | 取得现技能等级证书时间                                       | 年 月  |       |     |
| 申请省级养老护理员技能等级补助数额<br>(万元)  |   |   |      |       |     |
| <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>申请人签字：_____ 申请时间： 年 月 日</p>            |   |   |      |       |     |
| <p>经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助 _____ 万元。</p> <p>所在机构负责人签字（加盖单位公章）_____ 年 月 日</p> |   |   |      |       |     |

注：此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。

附件 8

## 护理型养老机构省级一次性建设补助项目汇总表

\_\_\_\_\_民政局、财政局（盖章）

| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 申请补助类别 |      |          |          | 类型        |       |          |    |        | 用地方式   |        |          |      | 建设进度 |           | 建设规模     |          |             | 投资规模           |              | 县级初审意见     |            | 市级审批意见     |            |
|----|------|------|--------|------|----------|----------|-----------|-------|----------|----|--------|--------|--------|----------|------|------|-----------|----------|----------|-------------|----------------|--------------|------------|------------|------------|------------|
|    |      |      | 新建补助   | 扩建补助 | 自有房屋改建补助 | 租赁用房改建补助 | 养老机构内设护理院 | 专业护理院 | 内设分支医疗机构 | 其他 | 划拨土地建设 | 自有土地建设 | 租赁土地建设 | 集体经济土地建设 | 开工建设 | 投入使用 | 建筑面积（平方米） | 原有床位数（张） | 新增床位数（张） | 项目总投资投入（万元） | 申请补助情况         |              | 核定资助床位数（张） | 建议资助资金（万元） | 核定资助床位数（张） | 核定资助资金（万元） |
|    |      |      |        |      |          |          |           |       |          |    |        |        |        |          |      |      |           |          |          |             | 其中申请省级补助资金（万元） | 申请省级补助床位数（张） |            |            |            |            |
| 1  | 2    | 3    | 4      | 5    | 6        | 7        | 8         | 9     | 10       | 11 | 12     | 13     | 14     | 15       | 16   | 17   | 18        | 19       | 20       | 21          | 22             | 23           | 24         | 25         | 26         | 27         |
| 合计 |      |      | 个      | 个    | 个        |          |           |       |          |    | 个      | 个      |        |          |      | 个    |           |          |          |             |                |              |            |            |            |            |

注：1. 此表以县（市、区）、市为单位逐级统一上报；2. 本表第 3-17 列请对照项目具体情况分别打“√”，第 18-25 列请对照项目具体情况填写具体数字。

附件 9

## 特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助项目汇总表

\_\_\_\_\_民政局、财政局(盖章)

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 是否纳入省级三年改造提升项目库 |   | 补助类别 |      |        | 建设规模      |           |       |       | 投资规模  |             |                |                   | 建设进度              |                     | 县级初审情况 |      |                 |                 | 市级审批情况            |            |                 |                 |                   |            |
|----|------|------|-----------------|---|------|------|--------|-----------|-----------|-------|-------|-------|-------------|----------------|-------------------|-------------------|---------------------|--------|------|-----------------|-----------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|-------------------|------------|
|    |      |      | 是               | 否 | 新建补助 | 扩建补助 | 改造提升补助 | 建筑面积（平方米） | 护理型床位数（张） |       |       |       | 项目总投资投入（万元） | 申请补助情况         |                   |                   |                     | 开工建设   | 投入使用 | 核定资助新建护理型床位数（张） | 核定资助扩建护理型床位数（张） | 核定资助改造提升护理型床位数（张） | 核定资助资金（万元） | 核定资助新建护理型床位数（张） | 核定资助扩建护理型床位数（张） | 核定资助改造提升护理型床位数（张） | 核定资助资金（万元） |
|    |      |      |                 |   |      |      |        |           | 原有床位数     | 新建床位数 | 扩建床位数 | 改造床位数 |             | 其中申请省级补助资金（万元） | 申请省级补助新建护理型床位数（张） | 申请省级补助扩建护理型床位数（张） | 申请省级补助改造提升护理型床位数（张） |        |      |                 |                 |                   |            |                 |                 |                   |            |
|    | 1    | 2    | 3               | 4 | 5    | 6    | 7      | 8         | 9         | 10    | 11    | 12    | 13          | 14             | 15                | 16                | 17                  | 18     | 19   | 20              | 21              | 22                | 23         | 24              | 25              | 26                | 27         |
| 合计 |      |      |                 |   |      |      |        |           |           |       |       |       |             |                |                   |                   |                     |        |      |                 |                 |                   |            |                 |                 |                   |            |

注：1. 此表以县（市、区）、市为单位逐级统一上报；2. 本表第 3-7 列、18-19 列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。

附件 10

## 养老机构省级运营奖补项目汇总表

\_\_\_\_\_民政局、财政局(盖章)

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 机构名称 | 养老机构设立许可证书编号 | 机构运营时间 | 运营方式 |            |         | 机构床位数(张) | 机构申请补助情况    |             |                     |                     |              | 县级初审情况    |             |                     |                     |           | 市级审批情况       |           |             |                     |                     |              |
|----|------|--------------|--------|------|------------|---------|----------|-------------|-------------|---------------------|---------------------|--------------|-----------|-------------|---------------------|---------------------|-----------|--------------|-----------|-------------|---------------------|---------------------|--------------|
|    |      |              |        | 民建民营 | 公办养老机构委托运营 | 实际运营方名称 |          | 申请运营补助人数(人) | 其中自理老人人数(人) | 半自理(轻度和中度失能)老人人数(人) | 完全不能自理(重度失能)老人人数(人) | 申请省级补助资金(万元) | 核定补助人数(人) | 其中自理老人人数(人) | 半自理(轻度和中度失能)老人人数(人) | 完全不能自理(重度失能)老人人数(人) | 入住老年人满意率% | 县级建议资助资金(万元) | 核定补助人数(人) | 其中自理老人人数(人) | 半自理(轻度和中度失能)老人人数(人) | 完全不能自理(重度失能)老人人数(人) | 市级核定资助资金(万元) |
|    |      |              |        |      |            |         |          |             |             |                     |                     |              |           |             |                     |                     |           |              |           |             |                     |                     |              |
|    |      | 1            | 2      | 3    | 4          | 5       | 6        | 7           | 8           | 9                   | 10                  | 11           | 12        | 13          | 14                  | 15                  | 16        | 17           | 18        | 19          | 20                  | 21                  | 22           |
|    |      |              | 年月     |      |            |         |          |             |             |                     |                     |              |           |             |                     |                     |           |              |           |             |                     |                     |              |
| 合计 |      |              | ___    | 个    | 个          | ___     |          |             |             |                     |                     |              |           |             |                     |                     |           |              |           |             |                     |                     |              |

注：1. 此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报；2. 本表第 3-4 列请对照项目具体情况分别打“√”，第 6-22 列请对照项目具体情况填写具体数字。

附件 11

## 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补项目汇总表

\_\_\_\_\_民政局、财政局(盖章)

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 项目名称 | 地址 | 类别          |       | 评定等级 |    |    |    |    | 建设规模<br>(平方米) | 设置床位<br>(张) | 建设投资总额<br>(万元) | 兴办主体    |     |          | 运营方式 |      |      | 运营主体 | 运营时间 | 县级确定补助资金<br>(万元) |
|----|------|----|-------------|-------|------|----|----|----|----|---------------|-------------|----------------|---------|-----|----------|------|------|------|------|------|------------------|
|    |      |    | 社区老年人日间照料中心 | 农村幸福院 | 一星   | 二星 | 三星 | 四星 | 五星 |               |             |                | 政府(街道)建 | 社会建 | 政府与社会合作建 | 公建公营 | 民建民营 | 委托运营 |      |      |                  |
| 1  | 2    | 3  | 4           | 5     | 6    | 7  | 8  | 9  | 10 | 11            | 12          | 13             | 14      | 15  | 16       | 17   | 18   | 19   | 20   | 21   |                  |
|    |      |    |             |       |      |    |    |    |    |               |             |                |         |     |          |      |      |      |      |      |                  |
| 合计 |      |    |             |       |      |    |    |    |    |               |             |                |         |     |          |      |      |      |      |      |                  |

注：1. 此表以县（市、区）和市为单位逐级统一汇总上报；2. 本表第 3-9 列、13-18 列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。

附件 12

院校设立养老服务相关专业省级奖补汇总表

| 序号 | 院校名称 | 地址 | 法定代表人 | 联系电话 | 上级业务主管单位 | 设立养老服务相关专业时间 | 批准设立养老服务相关专业单位 | 批准文号 | 开始独立招生时间 | 申请省级补助金额(万元) | 备注 |
|----|------|----|-------|------|----------|--------------|----------------|------|----------|--------------|----|
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |
|    |      |    |       |      |          |              |                |      |          |              |    |

附件 13

## 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补汇总表

\_\_\_\_\_民政局、财政局（盖章）

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 户籍所在地 | 毕业院校 | 毕业时间 | 毕业证书编号 | 学历       |        |    |          | 参加工作时间 | 现工作单位名称 | 入职本养老机构时间（年月） | 与现工作单位签订劳动合同时间（年月） | 在本机构连续工作年限 | 申请大学生入职养老服务补助数额（元） |      |      |
|----|----|----|------|-------|-------|------|------|--------|----------|--------|----|----------|--------|---------|---------------|--------------------|------------|--------------------|------|------|
|    |    |    |      |       |       |      |      |        | 中职（技工院校） | 专科（高职） | 本科 | 硕士研究生及以上 |        |         |               |                    |            | 第一年度               | 第二年度 | 第三年度 |
|    |    |    |      |       |       |      |      |        |          |        |    |          |        |         |               |                    |            |                    |      |      |
| 合计 | -  | -  | -    | —     | —     |      |      | —      | —        | —      | —  | —        | —      | —       | —             | —                  |            |                    |      |      |

注：此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报。

附件 14

## 养老护理员职业技能等级省级奖补汇总表

\_\_\_\_\_民政局、财政局(盖章)

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 户籍所在地 | 参加工作时间 | 现工作机构 | 连续从事护理岗位时间(年数) | 开始从事护理岗位日期(年月) | 现养老护理职业技能等级 |       |         | 取得现职业技能等级证书时间 | 申请省级养老护理员职业技能等级补助数额(元) |
|----|----|----|------|-------|-------|--------|-------|----------------|----------------|-------------|-------|---------|---------------|------------------------|
|    |    |    |      |       |       |        |       |                |                | 一级/高级工      | 二级/技师 | 三级/高级技师 |               |                        |
|    |    |    |      |       |       |        |       |                |                |             |       |         |               |                        |
| 合计 | —  | —  | —    | —     | —     | —      | —     | —              | —              | —           | —     | —       | —             |                        |

注：此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报。



