附件3：

鄂州市医疗机构与养老机构签约服务补贴审批表

填报单位（盖章）:        填报日期：  年  月  日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | 负责人 | |  |
| 医疗机构  许可证编号 |  | | | | |
| 银行名称及账号 |  | | | | |
| 签约养老机构名称 |  | | 负责人 | |  |
| 统一社会信用代码 |  | | 养老床位数 | |  |
| 医养签约服务时间 | 年    月    日至     年   月   日 | | | | |
| 服务补贴金额 | | | | | |
| 入住老年人数 |  | 补贴标准 | | 1000元/人/年 | |
| 申报补贴金额  （元） |  | 核定补贴金额（元） | |  | |
| **承  诺 书**     本机构承诺以上所填数据及所附资料真实有效，如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。          法定代表人（主要负责人签字）：        单位盖章：                          年    月    日 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 签约养老机构意见 | 签约医疗机构履行医养服务协议情况：                              年    月    日 |
| 区民政局审核意见 | 年    月    日 |
| 区卫健局  审批意见 | 年    月    日 |
| 报附资料清单 | 1、《医疗机构许可证》或《医疗机构备案登记回执》复印件；  2、老年人实际入住的佐证资料；  3、医养签约协议复印件。 |