

附件 12

家庭养老床位运营奖补汇总表

_____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	机构类型			开始运营时间	法人登记证书编号	签约困难失能老年人家庭养老床位数(张)	签约社会化家庭养老床位数(张)	是否建有信息化系统	申请补助资金数(万元)
			镇（街道）综合养老服务中心	社区养老服务站	其他						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
合计											