

菏泽市民政局 菏泽市财政局

文件

菏民〔2024〕14号

菏泽市民政局 菏泽市财政局 关于印发《菏泽市养老服务专项资金补助项目 实施方案》的通知

各县区民政局、财政局，鲁西新区社会事业局、财政局：

现将《菏泽市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。

菏泽市民政局

菏泽市财政局

2024年8月28日

（此件主动公开）

菏泽市养老服务专项资金补助项目 实施方案

为深入实施积极应对人口老龄化国家战略，充分发挥财政资金引领作用，扎实推进《山东省养老服务高质量发展三年行动计划（2024-2026）》，根据《山东省养老服务条例》《山东省养老和养老服务发展资金管理办法》《山东省民政厅 山东省财政厅关于优化省级养老服务发展资金支持政策促进养老服务高质量发展的实施意见》等法规政策规定，结合我市实际，制定本方案。

一、养老服务设施建设运营类

（一）养老机构运营奖补项目

1. 项目范围

本市行政区域范围内已投入运营，重点为中度、重度、完全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，以及国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构，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。

2. 奖补条件

- （1）投入运营时间满一年且提供普惠养老服务。
- （2）经评估达到1星级及以上。
- （3）依法办理法人登记，并在属地民政部门备案。

(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、市养老服务专项资金养老机构运营奖补时间已达到一年。

3. 申报材料

(1) 养老机构运营奖补申请表（附件 1）。

(2) 养老机构法人登记证书和备案回执。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《老年人能力评估规范》（GB/T 42195-2022）出具的入住老年人能力评估报告。

4. 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、完全失能老年人数量及入住时间进行奖补,省级按照每人每年 2400 元、3000 元、3600 元（不满一年的每人每月 200 元、250 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 倍的差异化补助。在此基础上,市级按照每人每年 900 元、1050 元、1200 元（不满一年的每人每月 75 元、87.5 元、100 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 倍的差异化补助。在养老机构入住老年人到医疗机构住院治疗每月不超过 7 天的按全月计算，连续入住一年且全年累计不超过 80 天的按全年计算，超过规定天数的，超过部分按实际天数扣除。以上市级运营奖补不含省财政直管县。

（二）城乡社区养老服务设施运营奖补项目

1. 项目范围

本市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、居家和社区养老服务站。补助对象为实际运营方。此项目不与老年助餐服务运营奖补项目重复享受。

2. 奖补条件

（1）投入运营满 1 年。

（2）符合《社区老年人日间照料中心等级划分与评定标准》（DB37/T 2722-2023）、《农村幸福院等级划分与评定》（DB37/T 3774-2020）等建设标准和功能设置要求；居家和社区养老服务站建筑面积不少于 80 平方米。

（3）经评估达到 1 星级及以上。（居家和社区养老服务站不适用）

（4）居家和社区养老服务站指以社区养老服务用房交付民政部门使用的项目，或以租赁房屋形式改建、租赁房屋期限在 5 年以上的项目。

(5) 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。

(6) 农村幸福院、社区老年人日间照料中心、居家和社区养老服务站信息应录入省养老管理平台，并及时更新。

(7) 服务老年人满意率达 90% 以上。

3. 申报材料

(1) 社区老年人日间照料中心、农村幸福院、居家和社区养老服务站运营奖补申请表（附件 2）。

(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。

4. 奖补标准

对符合上述条件的社区老年人日间照料中心，省级按照每处每年 10000 元的标准，根据日间照料中心 1-5 星级等级评定结果，分别给予 0.8 倍、0.9 倍、1.0 倍、1.1 倍、1.2 倍差异化补助。对符合上述条件的农村幸福院，按照每处每年 5000 元的标准，根据农村幸福院 1-3 星级等级评定结果，省级分别给予 0.8 倍、1 倍、1.2 倍差异化补助。对符合上述条件的居家和社区养老服务站，建筑面积在 80-200 m²（含）、200-300 m²（含），市级分别给予 5000 元、8000 元运营补贴，连续奖补三年；建筑面积超过 300 m²的，按照日间照料中心奖补标准执行。

(三) 助老食堂运营补助项目

1. 项目范围

在菏泽市行政区域内，具有一定公益属性，以满足社区老年人餐饮需求为主要目的，单独或依托养老服务设施及社区公共服务设施建设，为社区老年人提供制餐、分餐、集中就餐、送餐等服务的餐饮服务运营主体。此项目与社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营奖补项目不重复享受。

2. 奖补方式

市级每年从省养老服务发展资金总额中安排10%，从市级福彩公益金总额中安排10%，用于养老助餐工作，剩余部分由市财政统筹解决，总金额达到350万元。通过实地检查、第三方评估等方式，每年年底前对各县区实际运营助老食堂数进行统计核查。其中，省养老服务发展资金补助部分根据市辖区在运营助老食堂数量据实分配。对每年底运营满一年以上且仍在运营助老食堂总数达到前3名的县区从高到低分别给予80万元、60万元、30万元奖补，剩余资金与市慈善资金统筹用于为市辖区低保、特困供养、低保边缘等老年人住院治疗期间送餐费用。各县区民政部门具体负责奖补资金调剂使用、补助标准制定、补助审批。各县区民政部门可结合实际，因地制宜制定出台县级资金扶持办法，具体补助范围、方式、标准由各县区民政部门会同财政部门研究确定。

(四) 家庭养老床位运营奖补项目

1. 项目范围

在菏泽市行政区域内，由专业养老服务机构根据失能居家老年人意愿和需求，以机构养老服务的标准，在其家庭设置的提供专业照护服务的养老床位。

2. 奖补条件

(1)家庭养老床位服务对象为中度失能及以上的居家老年人。

(2)建有家庭养老床位 20 张以上，且符合《家庭养老床位设置与服务要求》（DB37/T 4581-2023）建设标准和功能设置要求。

(3)家庭养老床位运营主体需为三星级及以上的养老机构、社区老年人日间照料中心。

(4)与居家老年人签约服务时长达到 1 年及以上，中度、重度、完全失能老年人月服务时长分别不少于 12 小时、24 小时、36 小时。

3. 申报材料

(1)运营主体法人登记证书或设立许可证和备案回执复印件。

(2)家庭养老床位运营奖补申请表（附件 3）。

(3)家庭养老床位建设（运营）花名册。

(4)居家老年人支付凭证。

(5)与家庭养老床位服务对象（或亲属、赡养人、监护人等）签订的服务协议复印件。

(6)具备资质和能力的第三方根据《老年人能力评估规范》(GB/T 42195-2022)、《家庭养老床位设置与服务要求》(DB37/T 4581-2023)出具的评估报告。

4. 奖补标准

省级对服务中度、重度、完全失能老年人的家庭养老床位，自设立次月起每张每月分别补助 80 元、160 元、240 元；市级对服务中度、重度、完全失能老年人的家庭养老床位，自设立次月起每张每月分别补助 20 元、40 元、60 元。

以上家庭养老床位市级运营奖补不包含省财政直接管理县。

(五) 认知障碍照护床位建设一次性补助项目

1. 奖补范围

2024 年 1 月 1 日起，以新建、扩建以及利用自有房产、租赁房屋改建等方式建设，面向失智老年人提供服务、达到《养老机构认知障碍照护专区设置和服务指引(试行)》(鲁民函〔2024〕19 号)要求、验收合格并投入使用的认知障碍照护床位。

2. 奖补条件

(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) 项目建成验收合格并投入使用。

(3) 设置认知障碍照护床位的养老机构应在民政部门备

案，近一年内未纳入社会失信名单、未发生责任事故。

(4) 建有认知障碍照护专区、认知障碍照护床位总数20张以上。

(5) 服务老年人满意率达90%以上。

(6) 配备相应的医生、护士、社会工作者。

3. 申报材料

(1) 养老机构法人登记证书及备案回执复印件。

(2) 认知障碍照护床位建设一次性补助项目申请表(附件4)。

(3) 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。

(4) 医生、护士、社会工作者人员名单及执业资格证复印件。

(5) 具备资质和能力的第三方根据《养老机构认知障碍照护专区设置和服务指引(试行)》出具的评估报告。

4. 奖补标准

对符合条件的养老机构，按核定认知障碍床位给予一次性新建、扩建补助或租赁改建补助。对每张新建、扩建和利用自有房产建设床位，省级资金补助5000元，市级再补助2400元。租赁房屋改建床位，省级资金补助3000元，市级再补助1000元。

以上认知障碍照护床位市级一次性建设补助不包含省财政直接管理县。

（六）护理型养老机构建设贷款贴息项目

1. 项目范围

2024年1月1日起，本行政区域范围内新增、在金融机构办理了贷款的护理型养老机构。

2. 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。

（6）在金融机构办理了贷款。

3. 申报材料

（1）护理型养老机构建设贷款贴息补助申请表（附件5）。

（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。

(5) 金融机构贷款相关证明材料。

4. 补助标准

对符合条件的护理型养老机构，根据其从金融机构的实际贷款额，按不高于当年基准贷款利率的 60% 给予一次性贷款贴息，单个项目贷款贴息额度原则上不超过 50 万元。

二、养老服务人才队伍建设类

(一) 院校设立养老服务相关专业奖补项目

1. 奖补对象

在菏泽市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）。

2. 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 40 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。

3. 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6)。

(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。

市属院校奖补项目申请由菏泽市民政局负责,省属院校奖补项目需向山东省民政厅提出申请。

4. 奖补标准

对符合条件的市属高等院校、市级及以上中等职业学校(含技工院校),利用省级资金每处分别给予100万元、80万元的一次性奖补。

(二) 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补项目

1. 奖补对象

本市行政区域范围内在养老机构 and 社区养老服务机构从事护理、医疗、康复、社工一线岗位工作,持有本科及以上学历、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。

2. 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。

3. 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 7）。

(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）。

4. 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，省级分别按照 2 万元、1.5 万元、1 万元的标准给予一次性入职奖补，市级分别按照 6000 元、4000 元、3000 元的标准给予一次性入职奖补。以上市级运营奖补不包含省财政直接管理县。

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

的，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。

（三）养老护理员职业技能等级一次性奖补项目

1. 奖补对象

本市行政区域范围内养老机构和社区养老服务设施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。

2. 奖补条件

（1）所在养老服务机构经属地民政部门备案（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。

3. 申报材料

（1）养老护理员职业技能等级补助申请表（附件8）。

（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。

4. 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，利用省级资金分别给予 3000 元、4000 元、5000 元的一次性奖补。在此基础上，市级分别给予 600 元、800 元、1000 元的一次性奖补。已申领高级工或技师技能等级补助、符合更高一级补助条件的，补齐相应差额。同一等级的补助只能申请一次。以上市级奖补不包含省财政直接管理县。

（四）养老服务与管理人员培训项目

1. 补助对象

山东省民政厅、菏泽市民政局组织开展的培训项目。

2. 培训和补助方式

市级每年安排一定规模的资金用于开展养老服务与管理人员培训工作。采取政府购买服务方式，择优确定培训机构实施培训。各县区应在本级养老服务发展资金中安排一定规模的培训资金，用于提升养老服务专业技能和管理水平。此项目在培训对象和资金安排上与就业补贴类培训不重复保障。

三、老年福利补助类

（一）长寿补贴项目

根据《菏泽市民政局 菏泽市财政局关于印发菏泽市老年人高龄津贴发放管理办法的通知》（菏民〔2024〕8 号）规定，对符合条件的老年人发放高龄津贴。对年满 100 周岁及以上老年人，每人每月发放不低于 300 元长寿补贴。

长寿补贴由县区统筹使用省养老服务发展资金、县级财政

资金发放。

（二）经济困难老年人补贴项目

对年龄达到 60-79 周岁、80-89 周岁、90-99 周岁的低保老年人，每人每月分别发放 80 元、100 元、200 元生活补贴；对生活长期不能自理、依据《老年人能力评估规范》（GB/T 42195-2022）标准评估为 2-4 级的低保老年人，每人每月发放 80 元护理补贴。经济困难老年人护理补贴与重度残疾人等护理补贴不能重复享受。

经济困难老年人补贴由县区统筹使用省养老服务发展资金、县级财政资金发放。

（三）老年人优待项目

严格按照要求认真落实老年人优待政策，对全市及市外来荷的 60 周岁及以上老年人，享受免费乘坐城市公共交通等优待政策。

（四）特殊困难老年人家庭适老化改造项目

对纳入分散供养特困人员范围的高龄、失能、残疾老年人家庭实施居家适老化改造，有条件的县区可以将改造对象范围逐步扩大到城乡低保对象中的高龄、失能、留守、空巢、残疾老年人家庭，以及计划生育特殊家庭（以上对象统称“特殊困难老年人家庭”）等。鼓励各县区进一步加大资金投入，提高改造标准，提升改造质效。本项目与困难重度残疾人家庭无障碍改造项目不重复享受。

（五）经济困难失能老年人集中照护项目

1. 补助对象及标准

经济困难失能老年人集中照护服务的救助对象暂定为已纳入最低生活保障范围，且依据《老年人能力评估规范》（GB/T42195-2022）评估为完全失能等级并自愿入住养老机构的老年人。各县区养老机构收住经济困难失能老年人的最高收费标准，原则上不得高于集中供养特困人员基本生活标准及全护理照料标准的总和。每名符合条件老年人享受的救助额度为入住养老机构实际收费标准扣除老年人已获得的最低生活保障金、残疾人“两项补贴”、经济困难老年人补贴等行政给付后的差额。长期护理保险参保人员已经通过基金支付基本护理服务费用的，不纳入救助范围。

2. 补助方式

各县区按照《菏泽市民政局 菏泽市财政局关于支持经济困难失能老年人集中照护服务工作的通知》（菏民函〔2024〕5号）要求，对达到完全失能等级，且自愿入住养老机构的城乡低保老年人，给予集中照护补助。

（六）经济困难失能老年人购买居家养老服务项目

各县区按照《菏泽市民政局 菏泽市财政局 菏泽市慈善总会关于印发〈菏泽市政府为经济困难老年人购买居家养老服务管理办法〉的通知》（菏民〔2023〕20号）要求，为符合条件的经济困难老年人，通过政府购买服务方式，每月提供一定时

长的居家养老服务。省级以上资金可用于重度、完全失能等级的经济困难老年人，其他失能等级老年人服务资金按荷民〔2023〕20号文件规定执行。此项目应在尊重老年人意愿的基础上，统筹经济困难老年人护理补贴、重度残疾人护理补贴组织实施，并与长期护理保险制度实施做好衔接，避免重复保障。

四、创新引领奖补类

（一）连锁化养老服务品牌奖补项目

1. 奖补对象

本市行政区域范围内或总公司在本市行政区域范围内连锁运营的养老服务机构，市级原则上每年评选2家。

2. 补助条件

（1）依法办理法人登记，其中养老机构应办理备案手续。

（2）正常合法运营一年以上，三年内未发生服务质量、安全管理等事故，未受到市级及以上相关部门的通报、处分和媒体曝光，未被列入“信用中国”网站、中国政府采购网信用记录失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

（3）连锁运营6家及以上养老机构，或连锁运营12家及以上社区养老服务设施。

（4）连锁运营养老机构的，《养老机构服务质量基本规范》《养老机构服务安全基本规范》达标率达到100%。

（5）养老机构或养老服务设施需正常运营，能够提供相应

服务。

3. 申报材料

(1) 连锁化养老服务品牌奖补申请表（附件 9）。

(2) 养老服务机构法人登记证书，养老机构还需提供备案回执或设立许可证复印件。

(3) 《养老机构服务质量基本规范》《养老机构服务安全基本规范》达标第三方评估报告。

(4) 连锁运营相关证明材料。

4. 补助标准

市级参照省级评审标准，每年选择 2 家机构，分别给予 50 万元的奖补，省市奖补不重复。同时连锁运营养老机构和养老服务设施的，按照连锁运营 2 家社区养老服务设施等同于连锁运营 1 家养老机构计算。

五、规范高效推进项目审批和资金管理工作

(一) 分类组织实施。各县区要按照随时受理、高效审批、按时公示、及时拨付的程序，规范高效推进项目实施。本文件规定的市属院校设立养老服务相关专业奖补项目、市级养老服务与管理人员培训及其他项目，由市民政局会同市财政局组织实施，其余项目由各县区结合实际组织实施。对“三保”范围内项目予以优先保障。

(二) 加快预算执行。各级财政、民政部门要按照责任分工，严格落实主体责任，加快预算执行进度，切实强化预算执

行约束。对于支出进度较慢的资金，要紧盯不放，及时分析原因，有针对性地加以解决，督促相关单位加快形成实际支出。严格落实结余结转资金清理要求，对于无法按原预算执行的资金，要及时收回或优化调整。本文件规定的补助项目，不得超范围支出，不得用于开展养老服务所需工作经费。

（三）强化绩效管理。各级民政部门和项目实施单位要认真落实绩效管理主体责任，强化全过程预算绩效管理，市级下达绩效目标，加强绩效运行监控，认真开展绩效自评。市民政局、市财政局对各县区补助资金管理使用等情况进行绩效评价，并作为分配养老服务资金的重要依据。

（四）做好政策衔接。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。要做好长期护理保险与困难失能老年人集中照护、为经济困难失能老年人购买居家养老服务、家庭养老床位运营奖补等政策衔接，防止重复享受同类补助政策。对已补助的项目，不得通过改变机构名称等形式巧立名目重复申请补助。

（五）加强服务管理。要增强服务意识，规范高效推进项目审批工作，对民政部门已经掌握和通过数据共享能够获取的相关证明材料要免于提供。要严格项目审批管理，定期对补助项目建设和运作情况进行检查，严禁以任何形式虚报冒领、骗取套取、挤占挪用有关补助资金，对弄虚作假骗取补贴、不按

规定用途使用补助资金的，一经查实，取消补助资格，并依法依规进行追偿和处理。

本方案由市民政局、市财政局负责解释，本文件印自 2024 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2026 年 12 月 31 日。《山东省民政厅 山东省财政厅关于印发〈山东省养老服务业专项资金补助项目实施方案〉的通知》（鲁民〔2021〕21 号）、《菏泽市民政局 菏泽市财政局关于印发〈菏泽市养老服务业专项资金补助项目实施方案〉的通知》（菏民〔2021〕7 号）同时废止。

- 附件：1.养老机构运营奖补申请表
2.城乡社区养老服务设施运营奖补项目申请表
3.家庭养老床位运营奖补申请表
4.认知障碍照护床位建设一次性补助项目申请表
5.护理型养老机构建设贷款贴息补助申请表
6.院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表
7.大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表
8.养老护理员职业技能等级补助申请表
9.连锁化养老服务品牌奖补申请表
10.养老机构运营奖补汇总表
11.城乡社区养老服务设施运营奖补汇总表
12.家庭养老床位建设及运营奖补汇总表
13.认知障碍照护床位建设一次性补助项目汇总表

14. 护理型养老机构建设贷款贴息项目汇总表
15. 院校设立养老服务相关专业奖补汇总表
16. 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补汇总表
17. 养老护理员市级职业技能等级补助汇总表

附件 1

养老机构运营奖补申请表

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----------------|-----------|-----------------|----------|-----------------|
| 养老机构 (实际运营方) 填写 | 机构名称 | | 地址 | | | | |
| | 法人登记证书编号 | | 机构备案回执编号 | | | | |
| | 开始运营时间 | 年 月 日 | 机构负责人 | | 联系方式 | | |
| | 运营方式 | 民办养老机构 <input type="checkbox"/> 委托第三方运营的公办养老机构 <input type="checkbox"/> 政府与第三方合资合作的养老机构 <input type="checkbox"/> 国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构 <input type="checkbox"/> | | | | 星级评定等级 | |
| | 实际运营方名称 | | | 实际运营方法人代表 | | 机构床位数(张) | |
| | 申请运营补助人数(人) | | 其中：中度失能老年人人数(人) | | 其中：重度失能老年人人数(人) | | 其中：完全失能老年人人数(人) |
| | 申请补助资金(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。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。 机构(实际运营方)法人代表签字(加盖单位公章)： 申请时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | 经审查，该机构为____星级养老机构，____年度该机构入住老年人____人，其中中度失能老年人____人，重度失能老年人____人，完全失能老年人____人，入住老年人满意率____%，符合资助条件，补助____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) 初审时间： 年 月 日 | | | | | | |

注：此表一式四份，由市县民政主管业务科室存档。

养老机构申请运营奖补老年人花名册

养老机构名称（公章）：

填报日期： 年 月 日

| 序号 | 老年人姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄 (周岁) | 收费标准 | 申请本次补贴起始时间(年月日) | 申请本次补贴截止时间(年月日) | 申请补贴月数 | 能力等级 | 机构等级 | 补贴标准 (元/月) | 申请省级补贴资金数 | 申请市级补贴资金数 | 申请补贴总金额 (元) |
|----|-------|----|------|------------|------|-----------------|-----------------|--------|------|------|---------------|-----------|-----------|----------------|
| | | | | | | 年月日 | 年月日 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

注：1、此表用电脑填写打印，一式三份，运营方、县级民政部门、市民政局各存档一份。2、当月超过 23 天的按 1 个月计算。

填表人签字：

审核人签字：

法定代表人签字：

附件 2

城乡社区养老服务设施运营奖补项目申请表

| | | | | | |
|---------------|--|---|-------------------------------------|----------------------------|--|
| 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"/> 居家和社区养老服务站 <input type="checkbox"/> | | 评定等级 | |
| | 建设规模（平方米） | | 设置床位数（张） | 建设投资总额（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"/> | |
| | 基本运营情况 | | | | |
| | 运营单位 | | 运营单位法人代表及联系电话 | | |
| | 协议运营年限 | | 开始运营时间 | | |
| | 申请省（市）级补助资金额度（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，绝不挪作他用。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p>法定代表人签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日</p> | | | | |
| | 县级民政部门审批意见 | <p>经审查，该中心符合资助条件，给予城乡社区养老服务设施运营奖补_____万元。</p> <p>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）： 审批时间： 年 月 日</p> | | | |

注：此表一式四份，由县区民政主管业务科室存档。

附件 3

家庭养老床位运营奖补申请表

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|----------------------------------|
| 养老服务 机构 填写 | 机构名称 | | 机构地址 | |
| | 机构类型 | 镇（街道）综合养老服务中心 <input type="checkbox"/> | | 社区养老服务站 <input type="checkbox"/> |
| | | 社区养老服务站 <input type="checkbox"/> | | 其他 <input type="checkbox"/> |
| | 开始运营时间 | 年 月 日 | 法人登记证书编号 | |
| | 机构负责人 | | 联系方式 | |
| | 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 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 申请补助资金数（万元） | | |
| 项目 举办 单位 负责 人 填 写 | <p>该项目共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，申请补助资金_____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，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> | | | |
| 镇 （街 道） 初 审 意 见 | <p>经初审，该项目共核定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，符合补助条件，建议补助_____万元。</p> <p>镇（街道）民政部门核查人签字：_____</p> <p>镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）：_____ 初审时间：_____年 月 日</p> | | | |
| 县 区 民 政 财 政 部 门 审 批 意 见 | <p>经审查，该项目共核定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，符合补助条件，补助_____万元。</p> <p>区市民政部门核查人签字：_____ 区市民政部门核查人签字：_____</p> <p>区市民政部门负责人签字：_____ 区市民政部门负责人签字：_____</p> <p>（加盖单位公章） （加盖单位公章）</p> <p>审批时间：_____年 月 日</p> | | | |

注：此表一式四份，由县区民政主管业务科室存档。

附件 4

认知障碍照护床位建设一次性补助项目 申请表

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|-------------------|--|
| 养老机构 填写 | 机构名称 | | 机构地址 | |
| | 建设类别 | 新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建 <input type="checkbox"/> | | |
| | 法人登记 证书编号 | | 机构备案回执 编号 | |
| | 法人代表 | | 联系方式 | |
| | 认知障碍照护专 区数量（个） | | 认知障碍照护 单元数量（个） | |
| | 认知障碍照护床 位数（张） | | 床均综合建筑 面积（平方米） | |
| | 护理人员与入住 对象的配比 | | 申请补助 资金数（万元） | |
| 项目 举办 单位 负责 人填 写 | <p>该项目共申请认知障碍照护床位总数_____张，申请补助资金_____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，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> | | | |
| 县区 民政 部门 审批 意见 | <p>经审查，该项目共核定认知障碍照护床位数量_____张，符合补助条件，补助_____万元。</p> <p>民政部门核查人签字：_____ 民政部门负责人签字：_____</p> <p style="text-align: center;">（加盖单位公章）</p> <p style="text-align: right;">初审时间：_____年 月 日</p> | | | |

注：此表一式四份，由市县民政主管业务科室存档。

附件 5

护理型养老机构建设贷款贴息补助申请表

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|-----------------|-------------|
| 养老机构 填写 | 项目名称 | | 项目地址 | |
| | 项目类别 | 新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建 <input type="checkbox"/> | | |
| | 建筑面积 (平方米) | | 建设护理型床 位数(张) | |
| | 联系人 | | 联系方式 | |
| | 贷款金额 (万元) | | 贷款时间 | 年 月 日 |
| | 贷款当月贷 款市场报价 利率(LPR) | | 贷款年限 | 年 月至 年 月 |
| | 申请建设贷款贴息额(万元) | | | |
| 项目 举办 单位 负责 人 填 写 | <p>该项目共申请贷款金额_____万元, 贷款时间____年____月____日, 贷款当月贷款市场报价利率(LPR)_____, 贷款年限____年____月至____年____月, 申请建设贷款贴息额_____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金, 本人承诺将用于护理型养老机构建设, 不改变贷款用途, 不用于借新还旧及偿还各类债务, 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> | | | |
| 县区 民政 部门 审批 意见 | <p>经审查, 该项目共申请贷款金额_____万元, 贷款时间____年____月____日, 贷款当月贷款市场报价利率(LPR)_____, 贷款年限____年____月至____年____月, 符合补助条件, 补助建设贷款贴息额_____万元。</p> <p>民政部门核查人签字: _____ 民政部门负责人签字: _____ (加盖单位公章)</p> <p>初审时间: _____年____月____日</p> | | | |

注: 此表一式四份, 由市县民政主管业务科室存档。

附件 6

院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表

| | | | | |
|--|--|------|--------|------|
| 院校 填写 | 院校名称 | | 院校所在地址 | |
| | 院校法人代表 | | 联系方式 | |
| | 院校上级业务主管单位 | | | |
| | 院校设立养老服务相关专业时间 | | 年 月 | |
| | 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 | |
| | 申请补助数额（万元） | | | |
| | 独立招生以来分年度养老服务相关专业实际招生规模 | | | |
| | 年度 | 招生人数 | 年度 | 招生人数 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <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>院校法人代表签字(加盖单位公章): 申请时间: 年 月 日</p> | | | | |
| 市民 政局 审核 意见 | <p>经审查，该项目符合补助条件，建议补助_____万元。</p> <p>民政部门核查人签字: 民政部门负责人签字: (加盖单位公章)</p> <p>审批时间: 年 月 日</p> | | | |

注：此表一式四份，由市民政主管业务科室存档。

附件 7

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"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 硕士研究生及以上 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 全日制院校毕业时间 | 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） | | | | | |
| <p>本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过大中专毕业生入职养老服务机构一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。</p> <p style="text-align: center;">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，建议给给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补_____万元。</p> <p style="text-align: center;">所在机构负责人签字：（加盖单位公章）_____ 申请时间：_____年 月 日</p> | | | | | |
| 县区民政部门审核意见 | <p>经核实，该同志符合资助条件，给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补_____万元。</p> <p>民政部门核查人签字：_____ 民政部门负责人签字：_____</p> <p style="text-align: center;">（加盖单位公章）</p> <p style="text-align: right;">审批时间：_____年 月 日</p> | | | | |

注：此表一式四份，由市民政主管业务科室存档。

附件 8

养老护理员职业技能等级补助申请表

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|------------------|-------|-----|
| 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 护理岗位时间 | 年 月 | | 连续从事养老 护理岗位时间 | 年 个月 | |
| 是否曾经领取岗位技能补贴 | <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 | 四级/中级 <input type="checkbox"/> 三级/高级 <input type="checkbox"/> 二级/技师 <input type="checkbox"/> 一级/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 | | |
| 申请养老护理员技能等级补助数额（万元） | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 申请人签字： | | 申请时间： 年 月 日 | | | |
| 经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助 万元。 | | | | | |
| 所在机构负责人签字（加盖单位公章） | | | 申请时间： 年 月 日 | | |
| 县区 民政部门 审核意见 | 经核实，该同志符合资助条件，给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补____万元。 民政部门核查人签字： （加盖单位公章） | | | | |
| | 民政部门负责人签字： 审批时间： 年 月 日 | | | | |

附件 9

连锁化养老服务品牌奖补申请表

| | | | |
|---|--|---------|--------------|
| 养老服务机构名称 | (公章) | | |
| 养老服务机构法人登记证书编号 | | | |
| 法定代表人姓名及联系电话 | 姓名: | 联系电话: | |
| 养老服务机构连锁化运营本市养老机构情况 (须与省养老服务系统内名称一致) | | | |
| 养老机构名称 | 床位数 | 入住老年人人数 | 养老机构等级 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 养老服务机构连锁化运营本市城乡社区 (村) 养老服务设施、老年食堂等情况 (须与省养老服务系统内名称一致) | | | |
| 设施名称 | 主要服务项目 | 设施等级 | 年均服务老年人 (人次) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 县级民政部门审批意见 | 经审查, 该养老服务机构符合补贴条件, 同意给予补贴 万元。 县级民政部门核查人签字: 县级民政部门负责人签字: <div style="text-align: right;">(公章)</div> 审批时间: 年 月 日 | | |

注: 此表用电脑填写打印, 一式三份, 养老服务机构、县级民政部门、市民政局各存档一份

附件 10

养老机构运营奖补汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 机构名称 | 养老机构备案编号 | 机构运营时间 | 运营方式 | | | | 县级初审情况 | | | | | 市级审批情况 | | | | | | | | |
|----|------|----------|--------|--------|----------------|-----------------|---------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|---------------|--------------|
| | | | | 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的养老机构 | 国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老 | 实际运营方名称 | 核定补助人数（人） | 其中： | | | 入住老年人满意率 ₃₅ | 建议补助资金（万元） | 核定补助人数（人） | 其中： | | | 核定市、县级补助资金数（万元） | 核定省级补助资金数（万元） | 核定补助资金总数（万元） |
| | | | | | | | | | | 中度失能老年人人数 | 重度失能老年人人数 | 完全失能老年人人数 | | | | 中度失能老年人人数 | 重度失能老年人人数 | 完全失能老年人人数 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
| 合计 | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | |

附件 11

城乡社区养老服务设施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 (平方米) | 设置床位 (张) | 建设总投资 总额 (万元) | 兴办主体 | | | 运营方式 | | | 运营主体 | 运营时间 | 申请资金 | |
|----|------|----|-------------|-------|------|----|----|----|----|---------------|-------------|---------------------|---------|-----|----------|------|------|------|------|------|-----------------|--------------|
| | | | 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 | 公办公营 | 民建民营 | 委托运营 | | | 市(县)级确定补助资金(万元) | 省级确定补助资金(万元) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | |

附件 13

认知障碍照护床位建设一次性补助项目汇总表

_____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 | 建设类别 | | | | 法人登记证书编号 | 机构备案回执编号 | 认知障碍照护专区数量（个） | 认知障碍照护单元数量（个） | 认知障碍照护床位数（张） | 申请补助资金数（万元） |
|----|------|------|------|----|--------|--------|----------|----------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| | | | 新建 | 扩建 | 自有房屋改建 | 租赁房屋改建 | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | |

附件 14

护理型养老机构建设贷款贴息项目汇总表

| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 建设类别 | | | | 建筑面积 (平方米) | 建设护理型床位数 (张) | 贷款金额 (万元) | 贷款时间 | 贷款当月贷款市场报价利率 (LPR) | 贷款年限 | 申请建设贷款贴息额 |
|----|------|------|------|----|--------|--------|---------------|-----------------|--------------|------|-----------------------|------|-----------|
| | | | 新建 | 扩建 | 自有房屋改建 | 租赁房屋改建 | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | | | | | |

附件 15

院校设立养老服务相关专业奖补汇总表

_____民政局、财政局（盖章）

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 院校名称 | 院校所在地址 | 院校法定代表人 | 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 | 申请补助金额 | 备注 |
|----|------|--------|---------|------------|----------------|------------------|------------------|----------|--------|----|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

附件 17

养老护理员市级职业技能等级补助汇总表

_____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 | 现工作单位 | 开始从事养老护理岗位时间（年月） | 连续从事护理岗位日期（年月） | 现养老护理职业技能等级 | | | | 技能等级证书编号 | 核定补助数额（元） |
|----|----|----|------|-------|-------|--------|-------|------------------|----------------|-------------|-------|-------|-------|----------|-----------|
| | | | | | | | | | | 一级/高级技师 | 二级/技师 | 三级/高级 | 四级/中级 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合计 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

注：此表以县区为单位逐级统一上报

菏泽市民政局办公室

2024年8月28日印发
