**附件1**

**护理型养老机构市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□ 扩建补助□ 自有房屋改建补助□ 租赁房屋改建补助□**  |
| **项目类型** | **养老机构内设护理院□ 专业护理院□ 专业养护院□** **内设分支医疗机构□ 其他□** |
| **用地方式** | **划拨土地建设□ 出让土地建设□ 租赁土地建设□ 集体土地建设□** |
| **建设进度** | **投入使用□** |
| **建筑面积****（平方米）** |  | **原有床位数****（张）** |  | **新增床位数****（张）** |  |
| **投资规模****（万元）** |  | **申请市级补助****资金数（万元）** |  | **申请市级资助床位数（张）** |  |
| **以下已投入使用项目填写** |
| **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** |  |
| **以下已开工建设项目填写** |
| **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** | **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。****法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日** |
| **县级民政部门审核意见** |  **经审查，该单位系新建□/扩建□/自有房屋改建补助□/租赁用房改建项目□，新增床位 张，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。** **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**  |
|
| **市级民政部门审批意见** | **经复审，该单位系新建□/扩建□/自有房屋改建补助□/租赁用房改建项目□，新增床位 张，符合资助条件，核定资助 万元。** **市级民政部门核查人签字：  市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）  年 月 日**  |
|

**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）市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****（根据实际情况选择填写）** | **新建补助□**  | **护理型床位张数（张）** |  | **投资总额（万元）** |  |
| **扩建补助□**  | **护理型床位张数（张）** |  | **投资总额（万元）** |  |
| **改造提升补助□**  | **护理型床位张数（张）** |  | **投资总额（万元）** |  |
| **是否纳入省级三年改造提升项目库** | **是□ 否□** |
| **用地方式** | **划拨土地建设□ 出让土地建设□** **租赁土地建设□ 现有土地建设□**  |
| **建设进度** | **开工建设□ 投入使用□**  |
| **建筑面积****（平方米）** |  | **申请市级补助** |  | **申请市级资助床位数（张）** |  |
| **资金数（万元）** |
| **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** |  |
| **项目举办单位负责人填写** | **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。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。****法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日** |
|
| **县级民政部门审核意见** | **经审查，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位 张，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。****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**  |
|
|
| **市级民政部门审批意见** | **经复审，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位 张，符合资助条件，核定资助 万元。** **市级民政部门核查人签字：****市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（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科处存档。** |

**附件3**

**养老机构市级运营奖补申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | **机构许可****（备案回执）编号** |  |
| **开始运营时间** |  **年 月 日** | **机构负责人****姓名** |  | **联系电话** |  |
| **运营方式** | **民建民营□ 公办养老机构委托运营□**  | **评定等级** |  |
| **公办养老机构委托运营实际运营方名称** |  | **公办养老机构****委托运营方法人代表** |  | **机构床位数****（张）** |  |
| **申请运营****补助人数****（人）** |  | **半自理（中度失能）老人（人）** |  | **完全不能自理****（重度失能）****老年人（人）** |  |
| **申请市级补助资金（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）： 年 月 日** |
| **县级民政部门审核意见** | **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。****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**  |
| **市级民政部门审批意见** | **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。** **市级民政部门核查人签字：** **市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）   年 月 日**  |

**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□ 农村幸福院□** | **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□ 社会建□ 政府与社会合资合作建□** |
| **运营方式** | **公建公营□ 民建民营□ 委托运营□**  |
| **省级是否已给予一次性建设补助** | **是□ 给予补助时间 年** |  **否□** |
| **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****社区老年人食堂建设补助申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **社区老年人食堂建设方填写** | **项目名称** |  | **地址** |  |
| **建筑面积（平方米）** |  | **投资总额****（万元）** |  |
| **设计容纳****人数** |  | **服务辐射****人数** |  |
| **投入使用****时间** |  | **食品经营许可证编号** |  |
| **建设类别** | **新建□ 购置□ 已有设施改建□**  |
| **兴办主体** | **政府（街道、社区、村）建设□ 社会建□ 政府与社会合资合作建□** |
| **开办模式** | **依托老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施开办□****单独开办□** |
| **消防设施****是否达标** | **是□ 否□** |
| **法人登记****证书编号** |  |
| **项目法人****代表** |  | **联系电话** |  |
| **申请建设****补助资金** |  |
| **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。****法人代表签字（加盖单位公章）：** |
| **县级民政部门审核审批意见** | **经审查，该食堂符合资助条件，给予社区老年人食堂建设补助 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）:****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6** |
| **院校设立养老服务相关专业市级奖补申请表** |
| **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** |
| **申请市级补助数额（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** |  **人** |  **年度** | **人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **注：本表由相关院校据实填写，一式两份，由市民政局、财政局业务主管处室分别存档。** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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□ 技工院校□ 专科（高职）□****大学本科□ 硕士研究生及以上□**  |
| **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）** |  |
|  **本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过市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。** |
|  **申请人签字：** | **申请时间： 年 月 日** |
| **经审查，该同志符合资助条件，建议给予入职市级补助 万元。**  **所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日**  |
| **县级民政部门审核意见** | **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市级奖补 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:此表一式两份，由县级民政部门主管业务科（处）室存档。** |
| **附件8** |  |  |  |  |  |
| **养老护理员职业技能等级市级补助申请表** |
| **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** |  **□否** | **□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□ 二级/技师□ 三级/高级技师□**  |
| **技能等级证书编号** |  |  **取得现技能等级证书时间** |  **年 月** |
| **申请市级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市级补助 万元。**  **所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日**  |
| **注:此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。** |  |

**附件9**

**护理型养老机构市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** | **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** | **专业养护院** | **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）** |
| **其中申请市级补助资金（万元）** | **申请市级补助床位数(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）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10**

**特困人员供养设施（敬老院）市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** | **其中申请市级补助资金（万元）** | **申请市级补助新建护理型床位数(张)** | **申请市级补助扩建护理型床位数(张)** | **申请市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）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11**

**养老机构市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** |  | **申请运营补助人数（人）** |  | **申请市级补助资金数（万元）** | **核定补助人数（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）** |  | **市级核定资助资金****（万元）** |
| **实际运营方名称** | **其中自理老人数（人）** | **半自理（轻度和中度失能）老人数（人）** | **完全不能自理（重度失能）老人数（人）** | **其中自理老人数（人）** | **半自理（轻度和中度失能）老人数（人）** | **完全不能自理（重度失能）老人数（人）** | **其中自理老人数（人）** | **半自理（轻度和中度失能）老人数（人）** | **完全不能自理（重度失能）老人数（人）** |
|  |  | **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）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12**

**社区老年人日间照料中心、农村幸福院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）** | **建设投资总额（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（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** | **政府与社会合资合作建** | **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）为单位统一汇总上报；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13**

**社区老年人食堂建设补助汇总表**

 **民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **投入使用时间** | **建设规模（平方米）** | **投资总额（万元）** | **设计容纳人数** | **服务辐射人数** | **兴办主体** | **建设方式** | **开办模式** | **法人登记证书编号** | **食品经营许可证编号** | **申请建设补助资金****（万元）** | **县级确定补助资金（万元）** |
| **政府（街道、社区、村）建** | **社会建** | **政府与社会合资合作建** | **新建** | **购置** | **已有设施改建** | **依托老年人日间照料中心等养老服务设施开办** | **单独开办** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件14**

**院校设立养老服务相关专业市级奖补汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **申请市级****补助金额（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件15**

**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） 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** | **毕业院校** | **毕业时间** | **毕业****证书****编号** | **学历** | **参加工作时间** | **现工作机构名称** | **入职本养老机构时间（年月）** | **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** | **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）为单位统一上报。**

**附件16**

**养老护理员职业技能等级市级奖补汇总表**

 **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** | **申请市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）为单位统一上报。**