

附件 2

鞍山市向中度以上失能老年人发放养老服务消费补贴项目参与机构申请表

机构名称		统一社会信用代码 /民办非企业单位 法人登记证号	
注册地址			
法人代表		联系方式	
工作联系人		联系方式	
机构/经营场所面积（m²）		备案床位数	养老机构/设长照床位 中心填写
机构从业人员 总数		机构服务人员数	持证护理员/评估师：
			其他：
申报服务项目		开户行全称	
开户行行号		银行账号	
企业承诺	<p>我单位按照《市民政局关于公开征集向中度以上失能老年人发放养老服务消费补贴项目参与机构的公告》有关要求，保证提供的所有申报数据、材料等信息真实有效，并接受有关部门监督。</p> <p>法定代表人（负责人）签字：</p> <p>（申报单位公章）</p> <p>2026 年 月 日</p>		