

附件 1
城市社区养老“三助”服务补贴申请审定表

老年人基本情况	姓名		性别		身份证号码	
	年龄		出生日期		联系电话	
	户籍所在地					
	现居住地					
	身份类别	☐ 特困人员 ☐ 高龄失能半失能老人 ☐ 60 周岁以上失能老年人 ☐ 65 周岁以上失能老年人				
申请补贴项目	☐ 助餐 ☐ 助浴 ☐ 助医					
委托代理人基本情况	姓名		性别		身份证号码	
	与申请人关系		现居住地		联系电话	
本人（或者委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。						
申请人（或者委托代理人）签字： 年月日						
乡镇人民政府（街道办事处）审核意见	乡镇人民政府（街道办事处） （盖章） 负责人： 经办人： 年月日					
区县（自治县）民政局、卫生健康部门审定意见	经审查，同意该对象享受（助餐、助浴、助医）服务补贴。 负责人： 经办人： 年月日					

备注：本申请审定表一式两份报区县（自治县）民政局或卫生健康部门审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）各留存一份。失能半失能老人评估标准参照《老年人能力评估（民政行业标准）》（MZ/T? 039—2013）？执行。

附件 2
助餐照顾服务汇总表

_____（区县）民政局联系人： 联系电话： 填报日期：

序号	姓名	性别	身份证号码	住址	承办机构	身份类别	
						失能特困人员	高龄失能半失能老人
备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员或高龄失能半失能老人，用“√”表示；受助次数用“数字”填							

附件 3
助浴照顾服务汇总表

_____（区县）民政局联系人：联系电话：填报日期：

序号	姓名	性别	身份证号码	住址	承办机构	身份类别			受（
						失能特困人员	60周岁以上失能老年人	高 龄 失 能 老年人	

备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员、60 周岁以上失能老年人或高龄失能老年人，用“√”表示

附件 4
助医照顾服务汇总表

_____（区县）卫生健康委联系人：联系电话：填报日期：

序号	姓名	性别	身份证号码	住址	承办机构	65 周岁以上失能老年人		
						家 庭 医 生 签约服务	健 康 评 估	康复护理指导等健康服务

备注：住址填写身份证上的详细住址；家庭医生签约服务、健康评估用“√”表示；康复护理指导等健康服务、免费体检次数

附件 5
农村敬老院“三改”行动项目汇总表

_____（区县）民政局联系人：联系电话：填报日期：

序号	机构名称	热水供应系统改造项目 (万元)	老人房间标准化升级改造项目 (万元)	公共洗浴间适老安全 (元)