附件3

区（县）长者食堂运营补贴申请表

申请单位： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 长者食堂名称 | |  | | 地址 |  |
| 法定负责人 | |  | | 联系电话 |  |
| 就餐场地面积 | | |  | | |
| 申请补贴款 | | | 补贴类型： （助餐补贴、运营补贴） | | |
| 申请补贴金额： 元 | | |
| 助餐补贴 | 60周岁以上助餐补贴人数（ ）人次，申请补贴经费（ ）元  60—79周岁助餐补贴人数（ ）人次，申请补贴经费（ ）元  80周岁以上助餐补贴人数（ ）人次，申请补贴经费（ ）元 | | | | |
| 运营补贴 | 年度累计就餐人数（ ）人次，申请补贴经费（ ）元 | | | | |
| 本机构保证以上所附数据材料真实有效，并承诺遵守《淄博市长者助餐配餐服务管理规范》。如有不实或违反有关规定，承担全部法律责任。  负责人签字（盖章）： 年 月 日 | | | | | |
| 镇（街道）意见 | | | 负责人签字（盖章）： 年 月 日 | | |
| 区县民政局、财政局意见 | | | 负责人签字（盖章）： 年 月 日 | | |