附件4：

2023年医养结合服务补贴发放明细表

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 补贴机构名称 | 发放  总额（元） | 资金来源 | | 内设医疗机构  建设补贴 | | 内设医疗机构运营补贴 | | | 医疗与养老机构签约服务补贴 | | 备注 |
| 市级财政承担资金（元） | 区级财政承担资金（元） | 医疗机构级别 | 发放金额（元） | 医疗机构级别 | 入住养老人数 | 发放金额（元） | 入住养老人数 | 发放金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合  计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 说  明 | 补贴资金按照市级财政50%、区级财政50%的比例承担。 | | | | | | | | | | |

填报人（签字）：           审核人（签字）：          填报时间：   月   日