附件2

# 经济困难家庭重度和完全失能老年人养老服务补贴服务机构申请表

机构盖章 申请时间 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构地址 |  | 机构代码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | 员工数 |  |
| 已开展的养老  服务项目 |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 情况简介 |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |