

**威海市民政局 威海市财政局**  
**关于印发《威海市养老服务补助实施方案》**  
**的通知**

威民发〔2024〕20号

各区市民政局、财政局，国家级开发区社会事业局、财政金融局：  
现将《威海市养老服务补助实施方案》印发给你们，请认真  
抓好落实。

威海市民政局

威海市财政局

2024年8月16日

(此件主动公开)

# 威海市养老服务补助实施方案

为深入实施积极应对人口老龄化国家战略，充分发挥财政资金引领作用，加快提升养老服务质量，根据省民政厅、财政厅《关于优化省级养老服务发展资金支持政策促进养老服务高质量发展的实施意见》（鲁民〔2024〕13号），结合我市实际，制定本方案。

## 一、养老服务设施建设运营类

### （一）护理型养老机构床位建设补助项目和建设贷款贴息项目

#### 1. 补助范围

2024年1月1日起，本市行政区域范围内由政府、企业、社会组织、个人，以新建、扩建以及利用自有房产、租赁房屋改建等方式建设的护理型养老机构。

#### 2. 补助条件

（1）项目土地、建设、房产手续齐全。其中，以租赁土地形式新建的项目，土地租赁期应在10年以上；以租赁房屋形式改建的项目，租赁房屋期限应在5年以上。

（2）床位应为护理型床位，不少于20张。床均综合建筑面积应不低于30平方米。

（3）护理型养老机构床位建设补助项目需建成验收合格并投入使用；依法办理法人登记，并在属地民政部门备案，相关信

息完整录入省养老管理平台；设有医务室、护理院或者康复医院等医疗机构，取得卫生健康部门的执业许可或备案证明，配备相应的医生、护士和护理人员。

（4）护理型养老机构建设贷款贴息项目需土地、规划、建设、房产手续齐全；贷款手续齐全；已投入使用项目应依法办理法人登记。

### 3. 补助标准

（1）2024年1月1日起，对符合条件的护理型养老机构，按照核定护理型床位数给予一次性建设补助，每张床位补助5400元。

（2）2024年1月1日起，对符合条件的新建护理型养老机构，根据其实际贷款额和贷款期限，按照项目贷款当月中国人民银行公布的贷款市场报价利率（LPR）的60%给予一次性贷款贴息，贴息期限不超过2年，单个项目一次性贷款贴息额度原则上不超过50万元。

### 4. 申报材料

（1）护理型养老机构床位建设补助项目应提交以下材料：

- ①提交《护理型养老机构床位建设补助申请表》（附件1）；
- ②相关部门对新建或改扩建的项目立项或备案的文件；
- ③土地、建设、房屋产权、房屋租赁合同等证明材料；
- ④法人登记证书备案回执、消防验收合格证明等材料；
- ⑤医疗机构医疗执业许可证明或备案证明、医生、护士人员

名单及执业资格证等材料。

(2) 护理型养老机构建设贷款贴息项目应提交以下材料:

- ①《护理型养老机构建设贷款贴息项目申请表》(附件2);
- ②相关部门批准的项目新建或改扩建备案文件;
- ③土地、规划、建设、房屋产权、房屋租赁合同等证明材料;
- ④贷款合同、贷款资金到位凭证等资料;
- ⑤项目建设承诺书(在建项目提供,承诺建成的是护理型养老机构,达到护理床位认定的标准);
- ⑥法人登记证书和备案回执(已建成项目提供)。

## (二) 养老机构综合运营奖补项目

### 1. 补助范围

本市行政区域范围内投入运营满1年且提供普惠养老服务,经评估达到1星级及以上的民办养老机构、委托第三方运营的公办养老机构、政府与第三方合资合作的养老机构,以及国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构,补助对象为实际运营方。

### 2. 补助条件

- (1) 投入运营时间满1年且提供普惠养老服务。
- (2) 经评估达到1星级及以上。
- (3) 依法办理法人登记,并在属地民政部门备案。
- (4) 收住老年人当月入住15天及以上,入住老年人信息及时录入省、市养老服务综合管理平台。入住老年人满意率达到90%以上。

(5) 入住老年人须每季度经属地民政部门或确定的第三方评估组织进行评估,并通过威海市养老服务综合管理平台上传老年人身体能力等级评估结果。

(6) 获得上一次养老机构运营补助时间已达到 1 年。

### 3. 补助标准

对符合以上补助范围和条件的养老机构,根据收住中度、重度、完全失能老年人数量及入住时间进行补助,按照每人每月 200 元的标准补助,当月入住不满 15 天的老年人不予补助。4-5 星级养老机构,分别给予 1.1 倍、1.2 倍差异化补助。对于收住特困人员的供养服务机构,可将养老机构综合运营奖补资金用于运转经费统筹使用。

### 4. 申报材料

① 养老机构获得上一次运营补助时间满 1 年后,提交《养老机构综合运营奖补资金申请表》(附件 3);

② 养老机构法人登记证书和备案回执或设立许可证复印件;

③ 公办养老机构实行委托运营的,须提供委托运营协议;

④ 申报之日前 12 个月每月入住老年人花名册、机构自评能力等级和收费标准;

⑤ 根据《老年人能力评估》(GB/T42195-2022)出具的入住老年人能力评估报告及满意度测评结果报告。

(三) 示范性镇(街道)综合养老服务中心、社区养老服务站一次性建设补助项目

### 1. 补助范围

新建且未享受一次性建设补助的镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站。

### 2. 补助条件

（1）依法办理登记并纳入属地民政部门统一管理，投入运营时间满 1 年。

（2）项目土地、建设、房产手续齐全。其中，以租赁土地形式新建的项目，土地租赁期应在 10 年以上；以租赁房屋形式改建的项目，租赁房屋期限应在 5 年以上。

（3）镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站，应独立设立，不依托养老机构、党群服务中心等建设，符合《街道综合养老服务机构建设与运行规范》（DB37/T4398—2021）、

《农村区域性养老服务中心建设与运行规范》（DB37/T4372—2021）等标准规定，房屋建筑面积分别不低于 1000 平方米、500 平方米，统一标识、统一挂牌，具备医疗护理、生活照料、长短期托养、助餐、康复辅具租赁五项服务功能。

### 3. 补助标准

对符合上述条件的镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站，分别按照 50 万元、20 万元的标准给予一次性建设补助。

### 4. 申报材料

①镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站投入运营时间满 1 年后，提交《示范性镇（街道）综合养老服务中心、社

区养老服务站一次性建设补助申请表》（附件4）；

②土地、建设、房屋产权、房屋租赁合同等证明材料；

③医疗护理、生活照料、长短期托养、助餐、康复辅具租赁五项服务相关证明材料；

④设施照片、消防验收合格证明等相关证明材料。

#### （四）城乡社区养老服务设施运营补助项目

##### 1. 补助范围

本市行政区域范围内的社区老年人日间照料中心、农村幸福院。补助对象为实际运营方。

##### 2. 补助条件

（1）投入运营时间满1年。

（2）纳入属地民政部门统一管理，相关信息完整录入省养老管理平台，并及时更新。

（3）依据《社区老年人日间照料中心等级划分与评定要求》（DB37/T 2722—2023）、《农村幸福院等级划分与评定》（DB37/T 3774—2020）进行评估，达到1级及以上的社区老年人日间照料中心、农村幸福院。

（4）日常运营和服务规范，符合《农村幸福院建设与运行规范》（DB37/T 3094—2018）等标准规定。按标准配备服务人员，提供相应服务，在显要位置公示服务人员和监督电话，镇（街道）对其进行日常监管。

（5）老年人满意度达到90%以上。

### 3. 补助标准

(1) 对一星级、二星级、三星级及以上社区老年人日间照料中心，每处每年分别按照 3000 元、5000 元、7000 元的标准给予运营补贴。

(2) 对一星级、二星级、三星级农村幸福院，每处每年分别按照 1000 元、2000 元、3000 元的标准给予运营补助。

### 4. 申报材料

① 城乡社区养老服务设施领取运营补助时间满 1 年后，提交《城乡社区养老服务设施运营奖补资金申请表》（附件 5）；

② 个人或社会力量运营的，还应提供城乡社区养老服务设施法人登记证书；

③ 镇（街道）或委托第三方机构出具的老年人满意度调查报告。

### （五）城市社区食堂运营补助项目

#### 1. 补助对象

本市行政区域范围内已投入运营的社区食堂。补助对象为实际运营方。

#### 2. 补助条件

(1) 投入运营时间满 1 年。

(2) 纳入属地民政部门统一管理，相关信息完整录入省养老管理平台，并及时更新。

(3) 按照属地民政部门有关要求，对老年人就餐给予优惠

政策，老年人满意度达到 90%以上。

(4) 获得上一次城市社区食堂运营补助时间已达到 1 年。

(5) 配置信息化管理设备，对就餐老年人情况实施信息化管理。

### 3. 补助标准

(1) 各区市综合考虑就餐、送餐人次和服务质量、老年人满意度等因素，合理确定补助标准，省、市两级资金按照每处社区食堂 4 万元的标准切块下达资金。此项目与城乡社区养老服务设施运营补助项目不重复享受。

(2) 城市社区食堂出现下列情形的，不予发放运营补助：擅自关停；因餐饮质量较差、服务质量较差等原因引起老年人投诉较多；存在食品、消防、燃气等安全问题，并拒不整改或整改不到位；发生食品安全、生产安全等事故；弄虚作假骗取补助；存在其他应不予发放的情形。

### (六) 农村老年餐桌运营补助项目

#### 1. 补助对象

本市行政区域范围内经评定达到星级的农村老年餐桌。补助对象为实际运营方。

#### 2. 补助条件

(1) 投入运营时间满 1 年，年均服务达到 150 天以上。

(2) 根据《威海市星级农村老年餐桌创建活动实施方案》，经属地民政部门评估，达到一星级及以上。

(3) 纳入镇（街道）统一管理，在镇（街道）的日常检查中，无重大安全及管理问题，相关信息完整录入省养老管理平台，并及时更新。

### 3. 补助标准

按照每处星级老年餐桌不低于 1 万元的标准，予以补助。各区市根据星级农村老年餐桌数量、就餐人数、质量、满意度等因素，合理确定补助标准。

## (七) 家庭养老床位奖补项目

### 1. 补助对象

2024 年 1 月 1 日起，签约家庭养老床位的镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站。

### 2. 补助条件

(1) 签约社会化家庭养老床位项目。签约社会化家庭养老床位 20 张以上，家庭养老床位符合《家庭养老床位设置与服务要求》（DB37/T4581—2023）；服务对象为本市长期居住的，60 周岁（含）以上中度失能等级以上的居家老年人，且自愿购买家庭养老床位照护服务，年度消费不低于 1000 元；镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站与老年人签订服务协议，服务期在 1 年以上。

(2) 签约困难失能老年人家庭养老床位项目。困难失能老年人家庭养老床位符合《家庭养老床位设置与服务要求》（DB37/T4581—2023），包含适老化改造、居家养老服务等项目

目；服务对象为在本市居住在家的 60 周岁以上重度失能、完全失能的低保老年人；此前已进行适老化改造或家庭养老床位建设、已享受政府购买居家上门服务的，不纳入补助范围。

（3）签约家庭养老床位服务的镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站应具备居家照护服务能力，制定居家养老服务项目清单，报属地民政部门备案。需配置信息化系统，具有 24 小时响应老年人服务需求的能力，对服务对象服务需求及异常情况具备随时响应和应急处置能力。

### 3. 补助标准

（1）签约社会化家庭养老床位，按照每床每年补助 500 元的标准，给予镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站奖补。

（2）签约困难失能老年人家庭养老床位，按照每床一次性补助 1000 元的标准，给予镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站奖补。

### 4. 申报材料

①镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站提交《家庭养老床位补助申请表》（附件 6）；

②老年人能力评估报告、适老化改造清单、家庭养老床位签约协议；

③日常运营与服务情况报告；

④居家老年人支付凭证等材料。

## （八）认知障碍照护床位一次性建设补助项目

### 1. 补助范围

2024年1月1日起，本市行政区域范围内由政府、企业、社会组织、个人，以新建、扩建、改建等方式建设的，面向失智老年人提供服务、达到《养老机构认知障碍照护专区设置和服务指引（试行）》（鲁民函〔2024〕19号）要求、验收合格并投入使用的认知障碍照护床位。

### 2. 补助条件

（1）符合《养老机构认知障碍照护专区设置和服务指引（试行）》要求，每个照护专区可设置1个或多个照料单元，单个照料单元不宜超过20张床，照护专区的床均建筑面积不应低于25平方米。

（2）环境布置按照“居家”理念，着重打造温馨、舒适的家庭氛围，个性化设置熟悉的生活环境和怀旧场景。

（3）每个照护专区至少配置1名社会工作者和1名经过专业培训、拥有照护计划制定能力的专业人员。认知障碍照护相关从业人员（管理人员、护理人员、照护专员等）均需经过认知障碍照护专业知识和技能培训，并取得培训合格证书。护理人员与入住对象的配比不低于1:3，24小时均有护理人员照护；每个照护专区夜间护理人员不少于1人。

### 3. 补助标准

每张床位按照5400元的标准给予一次性建设补助。

#### 4. 申报材料

① 认知障碍照护机构提交《认知障碍照护床位一次性建设补助申请表》（附件 7）；

② 土地、建设、房屋产权、房屋租赁合同证明材料；

③ 法人登记证书、备案回执、消防验收合格证明材料；

④ 认知障碍照护相关从业人员名单及培训合格证书。

### （九）养老机构综合责任保险补助项目

#### 1. 补助范围

本市行政区域范围内，投保养老机构综合责任保险的养老机构。

#### 2. 补助条件

在属地民政部门确定的保险承办机构投保综合责任保险的养老机构。

#### 3. 补助标准

对符合上述条件的养老机构，按照综合责任保险投保床位数予以补助，综合责任保险标准保费为 100 元/床/年，对标准保费的 80% 予以补助。

#### 4. 申报材料

① 养老机构在统一投保之后，提交《威海市养老机构综合责任保险补助申请表》（附件 8）；

② 综合责任险保单和保费交付凭据等资料。

## 二、养老服务人才队伍建设类

## （十）院校设立养老服务相关专业一次性奖补项目

### 1. 补助范围

对本市行政区域范围内经有关主管部门批准设立养老服务相关专业的高等院校、市级及以上中等职业学校（含技工院校）。

### 2. 补助条件

（1）连续招生两年以上且每年招收养老服务相关专业学生不少于40人，能够开展正常教学活动。

（2）师资、实验实训设施符合有关主管部门设立养老服务相关专业有关规定，有科学、规范、完整的专业人才培养方案，有保障开设本专业可持续发展的规划和相关制度。

### 3. 补助标准

对符合条件的高等院校、市级及以上中等职业学校（含技工院校），每处分别给予100万元、80万元的一次性奖补。省、市民政部门分级负责省属、市属院校奖补项目的实施工作。

### 4. 申报材料

①符合条件的院校提交《院校设立养老服务相关专业一次性补助申请表》（附件9）；

②有关主管部门批准设立养老专业招生文件；

③设立养老专业的师资基本信息表、实验实训（场所、仪器设备）设施一览表；

④最近两个学年招录养老专业学生花名册，教育部学信网、省教育厅、省人力资源社会保障部门、市教育主管部门在籍专

业学生验证材料。

## （十一）大中专毕业生入职养老服务机构一次性补助项目

### 1. 补助范围

本市行政区域范围内在养老机构和社区养老服务机构从事护理、医疗、康复、社工一线岗位工作，持有本科及以上学历、专科（高职）、中职（技工院校）毕业证书的专职养老服务人员，事业单位在编人员不在补助范围内。

### 2. 补助条件

申请一次性入职补助资金，应同时符合以下条件：

（1）与养老服务机构签订5年及以上劳动合同，且从事养老护理、医疗、康复、社工一线岗位工作满1年。

（2）持有国家教育（人力资源社会保障）主管部门认可的高等院校、中等职业技术学校、技工院校毕业证书。

（3）养老机构按规定为申请人缴纳社会保险满1年。

### 3. 补助标准

对符合规定条件的本科及以上学历、专科（高职）、中职（技工院校）毕业入职人员，分别给予2万元、1.5万元、1万元的一次性入职补助。

入职补助申请人与养老服务机构签订5年及以上劳动合同，入职满一年、两年、三年分别按照补助标准的40%、30%、30%比例发放。入职补助资金发放期间，申请人离开养老服务机构，未发放部分不再予以发放；从原申请所在养老服务机构辞职、继

续到其他养老服务机构工作且符合补助条件的，不得重复申领已补助部分，未发放部分可继续申领。

#### 4. 申报材料

①符合条件的人员提交《大中专毕业生入职养老服务机构一次性补助申请表》（附件10）；

②申请人身份证件、学历（学位）或毕业证书；

③申请人与所在养老服务机构签订的劳动合同复印件；

④养老机构出具的工资发放、缴纳社保等材料（加盖所在机构财务专用公章，主要负责人签字）。

### （十二）养老护理员职业技能等级补助项目

#### 1. 补助范围

本市行政区域范围内养老机构或社区养老服务机构中取得职业技能等级三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师等级的养老护理员，事业单位在编人员不在补助范围内。

#### 2. 补助条件

（1）所在养老机构经属地民政部门备案（许可）。

（2）持有养老护理员职业技能等级证书（经人力资源社会保障部门确定的技能等级评价机构评价，证书编码全国可查询），且从事与证书相对应工作。

（3）在养老机构中从事养老护理员工作两年以上。

#### 3. 补助标准

对符合条件的取得三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师

职业技能等级的养老护理员，分别给予 3000 元、4000 元、5000 元的一次性补助。已申领高级工或技师技能等级补助、符合更高一级补助条件的，补齐相应差额。同一等级的补助只能申请一次。

#### 4. 申报材料

①符合条件的人员提交《养老护理员职业技能等级补助申请表》（附件 11）；

②申请人身份证件、养老护理员岗位技能等级证明；

③申请人与所在养老服务机构签订的劳动合同、缴纳社保等材料。

### （十三）养老服务与管理人员培训项目

#### 1. 补助范围

市、区市两级民政部门组织开展的培训、护理员竞赛等项目。

#### 2. 补助标准

市、区市两级每年均可安排一定规模的资金用于开展养老服务培训、护理员竞赛等工作，纳入本级养老服务发展资金预算。此项目在培训对象和资金安排上与就业补贴类培训不重复保障。

### 三、老年福利补助类

#### （十四）高龄津贴和老年人优待项目

根据《威海市人民政府关于修改〈威海市优待老年人规定〉的决定》（威政发〔2014〕37号）《关于认真贯彻落实〈山东省人民政府关于进一步优化老年人优待政策的通知〉的通知》（威老发〔2020〕5号）相关要求给予保障。

### （十五）经济困难老年人补贴项目

根据《山东省民政厅山东省财政厅关于进一步完善经济困难老年人补贴制度的通知》（鲁民〔2020〕49号）要求，对年龄达到60—79周岁、80—89周岁、90—99周岁的城乡低保老年人，每人每月分别发放80元、100元、200元生活补贴；对生活长期不能自理、依据《老年人能力评估规范》（GB/T42195—2022）标准评估为2—4级的60周岁及以上城乡低保老年人，每人每月发放80元护理补贴。经济困难老年人护理补贴与重度残疾人等护理补贴不能重复享受。

### （十六）困难失能老年人低收费集中托养服务补助项目

#### 1. 补助范围

对依据《老年人能力评估规范》（GB/T42195—2022）评估，达到完全失能、重度失能、中度失能等级，且自愿入住养老机构的城乡低保老年人，给予集中照护补助。

#### 2. 补助标准

符合条件的完全失能老年人，补助标准按照《关于做好支持经济困难失能老年人集中照护服务工作的通知》（威民发〔2024〕11号）执行。符合条件的重度失能老年人，补助标准每人每月1200元；符合条件的中度失能老年人，补助标准每人每月900元。工作流程参照《关于做好支持经济困难失能老年人集中照护服务工作的通知》（威民发〔2024〕11号）执行。集中托养服务项目与政府购买居家照料服务项目不得重复享受。服务对象的

评估费由区市承担，列入同级财政预算。

#### （十七）困难失能老年人居家照料服务补助项目

困难失能老年人居家照料服务补助项目按照《威海市实施政府为特殊困难老年人购买社区居家养老服务管理办法》（威民发〔2018〕161号）文件有关要求执行，其中经费保障由市、区市两级养老服务发展资金按2：8的比例负担。

### 四、创新引领奖补类

#### （十八）养老服务高质量发展提升项目

##### 1.奖励对象

在推动基本养老服务体系建设和增加养老服务供给、打造老年友好型城市建设等方面效果突出的区市、开发区。

##### 2.奖励标准

对符合条件的区市、开发区，给予100万元的一次性奖补。

##### 3.评定方法

市民政局会同市财政局制定具体方案，原则上每年评选确定2个区市、开发区，给予一次性奖补。

#### （十九）连锁化养老服务品牌奖补项目

##### 1.奖励对象

达到一定数量、服务效果好的连锁化养老机构。

##### 2.奖励标准

对符合上述条件的连锁化运营养老服务设施项目，每个分别给予50万元的一次性奖补。

### 3. 评定方法

市民政局会同市财政局制定连锁化运营养老服务品牌实施方案，每年组织专家评审，原则上每年评选确定不超过2家养老服务品牌，给予一次性奖补。

## 五、有关要求

（一）分类组织实施。各级民政部门、财政部门要按照随时受理、高效审批、按时公示、及时拨付的程序，规范高效推进项目实施。本文件规定的补助项目，按照分级负责、分类审批的原则组织实施，对“三保”范围内项目予以优先保障。其中：

1. 市民政局、市财政局：（1）负责市级养老服务专项资金补助项目的总体推进、协调督导和备案汇总。（2）负责市属院校设立养老服务相关专业奖补项目审批；负责组织市级养老服务与管理人员培训项目、养老服务高质量发展提升项目、连锁化养老服务品牌奖补项目。

2. 区市民政部门、财政部门。（1）负责对镇（街道）初审的示范性镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站一次性建设补助、城乡社区养老服务设施运营奖补、城市社区食堂运营补助、星级农村老年餐桌运营补助、家庭养老床位补助项目进行审批。（2）负责对护理型养老机构床位建设补助、护理型养老机构建设贷款贴息、养老机构综合运营奖补、认知障碍照护床位一次性建设补助、威海市养老机构综合责任保险补助、大中专毕业生入职养老服务一次性补助、养老护理员职业技能等级补助项

目进行审批。（3）负责组织区市养老服务与管理人员培训项目。

3.镇（街道）。对本地申报的示范性镇（街道）综合养老服务中心、社区养老服务站一次性建设补助、城乡社区养老服务设施运营奖补、城市社区食堂运营补助、星级农村老年餐桌运营补助、社会化家庭养老床位补助项目进行初审，将符合条件的报区市民政部门、财政部门审批。

各级民政部门会同财政部门审核通过后，在民政部门官方网站进行公示，公示期为5个工作日，公示无异议后形成正式审批文件，及时拨付资金。

（二）强化资金保障。市级财政统筹中央彩票公益金支持社会福利事业专项资金（老年人福利类）、省级养老服务发展资金、市级养老服务发展资金，采取因素分配法，对各区市给予适当支持，于每年年初预拨补助资金，重点向养老服务需求大、财政困难、资金使用绩效好的地方倾斜。各区市要认真落实《山东省养老服务条例》，按规定设立养老服务专项资金，支持养老服务高质量发展。要结合实际，综合考虑就餐、送餐人次和质量、老年人满意度等因素，合理确定城乡老年食堂运营补助标准，推进城乡食堂运营。本文件规定的补助项目在统筹使用中央、省级、市级养老服务发展资金的基础上，不足部分由各区市补足，补助项目涉及人员的要及时进行死亡情况比对。

（三）规范高效推进。各区市可采取自行或委托第三方方式完成材料审核和现场勘察。委托第三方机构开展评估工作的，应

由区市统一委托，养老机构等不得自行委托。各区市要加强对第三方机构评估情况的监督检查，对评估存在问题的第三方评估组织，列入失信名单，给予公开通报和严肃处理，并及时告知登记注册机关。

（四）加快预算执行。各级财政、民政部门要按照责任分工，严格落实主体责任，加快预算执行进度，切实强化预算执行约束。对于支出进度较慢的资金，要紧盯不放，及时分析原因，有针对性地加以解决，督促相关单位加快形成实际支出。严格落实结余结转资金清理要求，对于无法按原预算执行的资金，要及时收回或优化调整。

（五）严控开支范围。各区市要严格按照资金支出方向使用资金，不得超范围支出，中央、省、市三级资金不得用于开展养老服务所需工作经费。其中，中央彩票公益金支持社会福利事业专项资金（老年人福利类）使用按财政部、民政部规定执行；省级养老服务发展资金全部用于护理型养老机构建设贷款贴息项目、养老机构综合运营奖补项目、城乡社区养老服务设施运营补助项目、城市社区食堂运营补助项目、农村老年餐桌运营补助项目、家庭养老床位奖补项目、院校设立养老服务相关专业一次性奖补项目、大中专毕业生入职养老服务机构一次性补助项目、养老护理员职业技能等级补助项目、高龄津贴和老年人优待项目、经济困难老年人补贴项目、养老服务高质量发展提升项目、连锁化养老服务品牌奖补项目，不得超范围支出。以区市为单位，每

年 11 月底前，向市民政局、市财政局进行资金审批情况备案，及时掌握资金使用进展。

（六）强化绩效管理。各级民政部门 and 项目实施单位要认真落实绩效管理主体责任，强化全过程预算绩效管理。护理型养老机构建设贷款贴息项目要在项目贷款到期后，及时上报贴息期限内利息支付凭证。若项目贷款到位后擅自改变贷款用途、申请主体提前还贷或贷款项目中止、享受财政贴息的贷款资金不得用于借新还旧及偿还各类债务，区市民政部门、财政部门将视情况收回部分或全部贴息资金。市民政局、市财政局根据省级要求，对各区市、开发区补助资金管理使用等情况进行绩效评价，并作为分配省级、市级养老服务发展资金的重要依据。

（七）搞好政策衔接。医疗机构内设的护理型养老机构，应专门设置功能分区，严格区分病床和护理床位，实行物理隔离，不得将病床纳入建设和运营补助范围。要做好长期护理保险与困难失能老年人入住养老机构、为困难失能老年人购买居家养老服务、家庭养老床位运营奖补等政策衔接，防止重复享受同类补助政策。对已补助的项目，不得通过改变机构名称等形式巧立名目重复申请补助。护理型养老机构一次性建设补助、镇（街道）综合养老服务中心一次性建设补助、社区养老服务站一次性建设补助、认知障碍照护床位一次性建设补助同一地址建设类补贴只发放一次。护理型养老机构建设贷款贴息项目只享受一次贴息资金。普惠性养老机构按照省民政厅文件标准予以认定。

(八)加强服务管理。要增强服务意识,规范高效推进项目审批工作,要严格项目审批管理,定期对补助项目建设和运营情况进行检查,严禁以任何形式虚报冒领、骗取套取、挤占挪用有关补助资金,对弄虚作假骗取补贴、不按规定用途使用补助资金的,一经查实,取消补助资格,并依法进行追偿和处理。

本方案由市民政局、市财政局负责解释,自印发之日起施行,有效期至2026年12月31日。

- 附件:
- 1.护理型养老机构床位建设补助申请表
  - 2.护理型养老机构建设贷款贴息项目申请表
  - 3.养老机构综合运营奖补资金申请表
  - 4.示范性镇(街道)综合养老服务中心、社区养老服务  
站一次性建设补助申请表
  - 5.城乡社区养老服务设施运营奖补资金申请表
  - 6.家庭养老床位补助申请表
  - 7.认知障碍照护床位一次性建设补助申请表
  - 8.威海市养老机构综合责任保险补助申请表
  - 9.院校设立养老服务相关专业一次性补助申请表
  - 10.大中专毕业生入职养老服务机构一次性补助申请表
  - 11.养老护理员职业技能等级补助申请表

## 附件 1

## 护理型养老机构床位建设补助申请表

养老机构 填写	机构名称		机构地址	
	建设类别	新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建 <input type="checkbox"/>		
	用地方式	划拨土地建设 <input type="checkbox"/> 出让土地建设 <input type="checkbox"/> 租赁土地建设 <input type="checkbox"/> 集体土地建设 <input type="checkbox"/>		
	项目类型	医务室 <input type="checkbox"/> 护理院 <input type="checkbox"/> 康复医院 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> (_____)		
	建筑面积 (平方米)		原有床位数 (张)	
	新增床位数 (张)		申请补助 资金数(万元)	
	法定代表人登 记证书编号		机构备案回执编 号	
法定代表人代 表姓名		联系方式		
项目 举办 单位 负责 人填 写	<p>该项目共申请护理型床位总数_____张, 申请补助资金_____万元。          本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金, 本人承诺将用于规定用途、5年          内不取消医疗资质、不退出养老行业。          如以上信息不属实, 本人自愿承担法律责任。</p> <p>法定代表人签字(加盖单位公章): _____ 申请时间: _____年____月____日</p>			
区市 民政 财政 部门 审批 意见	<p>经审查, 该项目共核定护理型床位_____张, 符合补助条件, 补助_____万元。</p> <p>区市民政部门核查人签字: _____ 区市民政部门核查人签字: _____</p> <p>区市民政部门负责人签字: _____ 区市民政部门负责人签字: _____          (加盖单位公章) (加盖单位公章)</p> <p>审批时间: _____年____月____日</p>			

注: 此表一式四份, 由区市民政主管业务科室存档。

## 附件 2

# 护理型养老机构建设贷款贴息项目申请表

养老机构 填写	项目名称		项目地址	
	项目类别	新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建 <input type="checkbox"/>		
	建筑面积 (平方米)		建设护理型床位 数(张)	
	联系人		联系方式	
	贷款金额 (万元)		贷款时间	年 月 日
	贷款当月贷款 市场报价利率 (LPR)		贷款年限	年 月至 年 月
	申请建设贷款 贴息额(万元)			
项目 举办 单位 负责 人填 写	<p>该项目共申请贷款金额_____万元, 贷款时间__年__月__日, 贷款当月贷款市场报价利率(LPR)_____, 贷款年限__年至__年__月, 申请建设贷款贴息额_____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金, 本人承诺将用于护理型养老机构建设, 不改变贷款用途, 不用于借新还旧及偿还各类债务, 5年内不退出养老行业。如以上信息不属实, 本人自愿承担法律责任。</p> <p>法定代表人签字(加盖单位公章): _____ 申请时间: 年 月 日</p>			
区市 民政 财政 部门 审批 意见	<p>经审查, 该项目共申请贷款金额_____万元, 贷款时间__年__月__日, 贷款当月贷款市场报价利率(LPR)_____, 贷款年限__年至__年__月, 符合补助条件, 补助建设贷款贴息额_____万元。</p> <p>区市民政部门核查人签字: _____ 区市民政部门核查人签字: _____</p> <p>区市民政部门负责人签字: _____ 区市民政部门负责人签字: _____ (加盖单位公章) (加盖单位公章)</p> <p>审批时间: 年 月 日</p>			

注: 此表一式四份, 由区市民政主管业务科室存档。

## 附件 3

## 养老机构综合运营奖补资金申请表

养老机构 (实际运营方) 填写	机构名称		地址				
	法人登记证书编号		机构备案回执编号				
	开始运营时间	年 月 日	机构负责人		联系方式		
	运营方式	民办养老机构 <input type="checkbox"/> 委托第三方运营的公办养老机构 <input type="checkbox"/> 政府与第三方合资合作的养老机构 <input type="checkbox"/> 国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构 <input type="checkbox"/>				星级评定等级	
	实际运营方名称		实际运营方法定代表人		机构床位数(张)		
	申请运营补助人数(人)		其中:中度失能老年人人数(人)		其中:重度失能老年人人数(人)		其中:完全失能老年人人数(人)
	申请补助资金(万元)						
	本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金,本人承诺将用于规定用途。如以上信息不属实,本人自愿承担法律责任。  机构(实际运营方)法定代表人签字代表签字(加盖单位公章):                      年 月 日						
区市民政 财政部门 审批 意见	经审查,该机构为____星级养老机构,____年度该机构入住老年人____人,其中中度失能老年人____人,重度失能老年人____人,完全失能老年人____人,入住老年人满意率____%,符合资助条件,补助____万元。  区市民政部门核查人签字:                      区市民政部门核查人签字:  区市民政部门负责人签字: (加盖单位公章)                      区市民政部门负责人签字: (加盖单位公章)						
审批时间: 年 月 日							

注:此表一式四份,由区市民政主管业务科室存档。

## 附件 4

## 示范性镇（街道）综合养老服务中心、 社区养老服务站一次性建设补助申请表

养老 服务 机构 填写	项目名称		项目地址			
	建设类型	新建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建 <input type="checkbox"/>				
	项目类型	镇（街道）综合养老服务中心 <input type="checkbox"/>		社区养老服务站 <input type="checkbox"/>		
	开始运营时间	年 月 日	负责人		联系方式	
	建筑面积 （平方米）		申请补助 资金数（万元）			
	床位数		提供服务功能	医疗护理 <input type="checkbox"/> 生活照料 <input type="checkbox"/> 长短期托养 <input type="checkbox"/> 助餐 <input type="checkbox"/> 康复辅具租赁 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> （请注明具体类型）		
	实际运营方名称		实际运营方 法定代表人			
项目 举办 单位 负责 人填 写	该项目共申请补助资金_____万元。 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>法定代表人签字（加盖单位公章）：</span> <span>申请时间： 年 月 日</span> </div>					
镇 （街 道） 初 审 意 见	经初审，该项目系镇（街道）综合养老服务中心 <input type="checkbox"/> 社区养老服务站 <input type="checkbox"/> ，建筑面积_____平方米，提供_____等服务，运营满1年，符合补助条件，建议补助_____万元。  <div style="text-align: right;">           镇（街道）民政部门核查人签字：            镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）：            初审时间： 年 月 日         </div>					
区 市 民 政 财 政 部 门 审 批 意 见	经审查，该项目系镇（街道）综合养老服务中心 <input type="checkbox"/> 社区养老服务站 <input type="checkbox"/> ，建筑面积_____平方米，提供_____等服务，运营满1年，符合补助条件，补助_____万元。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">           区市民政部门核查人签字：             区市民政部门负责人签字：            （加盖单位公章）         </div> <div style="width: 45%;">           区市财政部门核查人签字：             区市财政部门负责人签字：            （加盖单位公章）         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">       审批时间： 年 月 日     </div>					

注：此表一式四份，由区市民政主管业务科室存档。





## 附件 7

## 认知障碍照护床位一次性建设补助申请表

养老机构填写	机构名称		机构地址	
	建设类别	新建 <input type="checkbox"/> 扩建 <input type="checkbox"/> 自有房屋改建 <input type="checkbox"/> 租赁房屋改建 <input type="checkbox"/>		
	法人登记证书编号		机构备案回执编号	
	法定代表人		联系方式	
	认知障碍照护专区数量(个)		认知障碍照护单元数量(个)	
	认知障碍照护床位数(张)		床均综合建筑面积(平方米)	
	护理人员与入住对象的配比		申请补助资金数(万元)	
项目举办单位负责人填写	<p>该项目共申请认知障碍照护床位总数_____张, 申请补助资金_____万元。</p> <p>本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金, 本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。 如以上信息不属实, 本人自愿承担法律责任。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字(加盖单位公章): 申请时间: 年 月 日</p>			
区市民政财政部门审批意见	<p>经审查, 该项目共核定认知障碍照护床位数量_____张, 符合补助条件, 补助万元。</p> <p>区市民政部门核查人签字: _____ 区市民政部门核查人签字: _____</p> <p>区市民政部门负责人签字: _____ 区市民政部门负责人签字: _____ (加盖单位公章) (加盖单位公章)</p> <p style="text-align: center;">审批时间: 年 月 日</p>			

注: 此表一式四份, 由区市民政主管业务科室存档。





## 附件 10

## 大中专毕业生入职养老服务机构一次性补助申请表

姓名		性别		出生年月	年 月
身份证号码				户籍所在地	
毕业院校		毕业证书编号		工作岗位	
全日制学历	中职 <input type="checkbox"/> 技工院校 <input type="checkbox"/> 专科（高职） <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 硕士研究生及以上 <input type="checkbox"/>				
全日制院校毕业时间	年 月		参加工作时间		年 月
现工作机构					
与现工作机构签订劳动合同时间				年 月	
在本机构连续工作年限	年		本次申请年度	第 年	
本次申请数额（万元）					
本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过大中专毕业生入职养老服务机构一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。					
申请人签字：			申请时间： 年 月 日		
经初审，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补_____万元。					
所在机构负责人签字（加盖单位公章）			年 月 日		
区市民政部门 审核意见	经核实，该同志符合资助条件，给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补_____万元。				
	区市民政部门核查人签字：		区市民政部门核查人签字：		
	区市民政部门负责人签字： （加盖单位公章）		区市民政部门负责人签字： （加盖单位公章）		
	审批时间： 年 月 日				

注：此表一式四份，由区市民政部门主管业务科（处）室存档。

## 附件 11

## 养老护理员职业技能等级补助申请表

姓 名		性 别		出生年月	年 月
身份号码				户籍所在地	
参加工作时间	年 月				
所在养老机构名称					
劳动合同起止时间	年 月 日 至 年 月 日				
开始从事养老 护理岗位时间	年 月	连续从事养老 护理岗位时间		年 个月	
是否曾经领取职业技 能等级补助	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 领取职业技能等级补助项目 金额 _____ 万元			
现养老护理员职业技能等级	一级/高级工 <input type="checkbox"/> 二级/技师 <input type="checkbox"/> 三级/高级技师 <input type="checkbox"/> 四级/中级工 <input type="checkbox"/> 五级/初级工 <input type="checkbox"/>				
技能等级证书编号		取得现技能等级证书时间		年 月	
申请养老护理员职业技能等级补助数额（万元）					
本人郑重声明以上信息完全真实。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。					
申请人签字：			申请时间： 年 月 日		
经初审，该同志符合补助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助_____万元。					
所在机构负责人签字（加盖单位公章）				年 月 日	
经审查，该同志符合补助条件，给予养老护理员职业技能等级补助_____万元。					
区市民政部门核查人签字：			区市财政部门核查人签字：		
区市民政部门负责人签字： （加盖单位公章）			区市财政部门负责人签字： （加盖单位公章）		
审批时间： 年 月 日					

注：此表一式四份，由区市民政部门主管业务科室存

