运城市盐湖区民政局文件

运盐民发〔2025〕34号

运城市盐湖区民政局
关于进一步规范民办养老机构建设补助发放管理办法

各养老机构：

为加强养老机构建设管理，提高资金使用效益，确保财政资金拨付安全，根据《运城市人民政府关于支持社会力量发展养老服务业若干措施的通知》（运政发〔2016〕11号）和《山西省民政厅 山西省财政厅关于完善民办养老机构相关补助的通知》（晋民发〔2019〕43号）以及《山西省民政厅关于全省养老服务机构备案管理工作的实施意见》（晋民发〔2020〕56号）以及《关于印发<运城市养老机构建设专项补助资金管理实施细则>的通知》（运财社〔2025〕41号）文件精神，制定此管理办法，具体如下：

一、补助范围和补助标准

由社会力量（包括民间资本、社会组织、企业法人等）举办的专门从事老年人养护、托管、康复服务等非营利性养老服务机构，新建每床位补助 1000 元,改造每床位补助 600 元。

应补助床位数以养老机构建设实际建筑面积、国家规定的新建和改造床均面积标准进行核定，申报床位数超出备案床位的，按备案定床位数进行补贴，申报床位数少于备案床位数的，按申报床位数进行补贴。

二、补助申报条件

申请建设补助的民办养老机构需要满足以下条件:

（一）非营利性养老服务机构，并取得《民办非企业单位（法人）登记证书》并在区民政局备案;

（二）养老服务设施完善，新建的养老机构应符合住建部 2018 年发布的《老年人照顾设施建筑设计标准》（JGJ450—2018），床位数在 300 张（含）以上，按平均每床建筑面积 45 ㎡计算，床位数在 300 张以下，按平均每床建筑面积 35 ㎡计算；改造的民办养老机构床位数在 100 张（含）以上，按平均每床建筑面积 30 ㎡计算，床位数在 100 张以下，按平均每床建筑面积 25 ㎡计算;

（三）运营满一年且床位数在 10 张以上;

（四）自觉遵守国家法律法规，依照《中华人民共和国老年人权益保障法》《养老机构管理办法》《养老机构服务安全基本规范》等法律法规和标准规范开展服务活动，当年无违法犯罪记录;

82

（五）建筑及其设施等符合国家或者行业标准规定的安全生产条件。开展餐饮服务、医疗卫生的，符合相关法律法规和安全标准；

（六）申请年度内无火灾、食物中毒、人员走失、人身伤害（经司法程序认定机构应承担责任的）等严重责任事故或重大服务纠纷；被核实的服务质量投诉不超过3次；

（七）各项管理制度健全，服务规范。

三、申请材料

（一）《盐湖区民办养老服务机构建设补助申请表》（附件1）。

（二）《盐湖区民办养老服务机构建设补助汇总表》（附件2）。

（三）《民办非企业单位（法人）登记证书》。

（四）养老机构备案证明。

（五）申请新建补助类型的民办养老机构需提供由发改部门批复的项目备案文件和运营场所土地手续或使用权手续；申请改造补助类型的民办养老机构需提供服务场所相关权证和租赁合同。

（六）申请新建补助类型的需提供竣工验收报告；申请改造补助类型的需提供改造合同和房屋安全鉴定报告。

（七）提供有效的建筑面积证明材料。

以上材料一式贰份，申报材料加盖机构公章。

四、发放方式

养老机构投入运营满1年，入住率达50%以上，可申请建

设补助资金。如机构运营时间已满入住率未达标，建设补助资金延后至机构入住率达标后再申请。

五、申报时间

养老机构于每年9月中旬前将项目申请报告和项目材料报民政局进行审核，由民政局和财政局工作人员进行实地查验后，符合条件的列入下一年预算，予以拨付。

六、资金用途及监管

养老机构建设补助资金用于投入养老机构基础设施建设、维修、设备设施配置等。

补助资金使用管理坚持公开、公平、公正的原则，民政局、财政局对补助资金使用管理情况进行日常监督。各养老机构自觉接受社会各界的监督，并积极配合有关部门做好审计、稽查等工作。

附件：1.盐湖区民办养老服务机构建设补助申请表

2.盐湖区民办养老服务机构建设补助汇总表

运城市盐湖区民政局

2025年7月29日

运城市盐湖区民政局办公室　　2025年7月29日印发

共印5份

94

附件 1

盐湖区民办养老服务机构建设补助申请表

（第　次）

填表单位（盖章）　　年　月　日　　单位：万元

基本情况	机构名称			
	地　　址			
	民非登记证号			
	立项批复文号		土地证号或房屋租赁合同期限	
	占地面积		建筑面积	
	法人代表	姓名	电　话	
		身份证号		
	医护人员数		护工人数	
	运营时间		床位数（张）	
	入住老人数		应补助金额	
	本次申请补助金额（万元）			
审核意见	民政局意见 （签字并盖章） 年　月　日		财政局意见 （签字并盖章） 年　月　日	

附件 2

民办养老服务机构区级建设补助汇总表

审核单位（盖章）：_____区民政局

单位：平方米、张、万元

序号	机构名称	民非登记证号	是否备案	建筑面积	床位数	新建/改造时间	运营时间（某年某月）	应补助金额	申请补助金额
1									
2									
3									
4									
5									

填表时间：_____