附表3

泰州市区残疾人托养服务补贴资金申请审批汇总表

**区残联（盖章）： 区财政局（盖章）： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 地 址 | 负责人 | 联系电话 | 运行时间 | 符合条件全托人数 | 符合条件日托人数 | 申请市补资金（万元） | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

区残联负责人（签字）： 填报人（签字）：