

附件 3

养老服务 and 护理“两项补贴”服务机构名册

填报单位:

填报人：

填报时间: 2XXX 年 XX 月

序号	机构名称	机构地址	法定 代表人	联系电话	服务项目	收费标准	服务地域范围

说明：1.表格不够请自行延续；2.各县（市、区）民政部门应将更新的名册录入自治区智慧养老信息系统。