附件4

杭州市示范性婴幼儿照护服务

机构奖补资金申请表

（ 年度）

**申报单位（盖章）：      申报时间：  年 月   日**

**备案托位（个）： 申请资金：    万元**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | |
| **法定代表人** |  | **电话** |  | **传真** | |  |
| **联系人** |  | **电话** |  | **Email** | |  |
| **开户银行** |  | **账号** |  | | | |
| **单位地址** |  | | | | | |
| **注册登记时间** |  | | **备案时间** | |  | |
| **机构**  **工作**  **开展**  **情况** |  | | | | | |

法定代表人：            财务负责人：         经办人：