附件1

巴中市吸纳就业困难人员和脱贫人口社会保险补贴申报审批表

用人单位（盖章）： 申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 | |  | | | | | 单位  类型 | |  |
| 吸纳人员类型 | | 1.🞎就业困难人员  2.🞎脱贫人口 | 统一社会  信用代码 | |  | | | | |
| 开户银行 | |  | 账号 | |  | | | | |
| 联系人 | |  | 联系电话 | |  | | | | |
| 电子邮箱 | |  | 单位地址 | |  | | | | |
| 申请社会保险补贴月度 | | | 月至 月 | | | | | | |
| 申请社会保险补贴人数 | 基本养老保险 |  | 申请社保  补贴金额  （元） | | | 基本养老保险 | |  | |
| 基本医疗保险 |  | 基本医疗保险 | |  | |
| 失业保险 |  | 失业  保险 | |  | |
| 合计人数 | |  | 合计金额 | | | | |  | |
| 以上表格内容由用人单位填写 | | | | | | | | | |
| 就业服务机构  初审意见 | | 经办科（股） | | 负责人 | | | | | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 人社部门审核意见 | | 经办科（股） | | 负责人 | | | | | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 备 注 | | 补贴基本养老、基本医疗（不含补充医疗）、失业保险的单位缴纳部分，不包括个人应缴部分。 | | | | | | | |