附件2

巴中市吸纳就业困难人员和脱贫人口社会保险补贴花名册

用人单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编  号 | 姓  名 | 性  别 | 年  龄 | 身份证号码 | 人员类型（就业困难人员或脱贫人口） | 认定就业困难人员时间 | 享受初次社会保险补贴时间 | 联系电话 | 社会保险补贴 | | | | |
| 补贴  月数 | 单位缴纳基本养老保险（元） | 单位缴纳基本医疗保险（元） | 单位缴纳失业保险（元） | 补贴总额 （元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日