**附件1**

道县企业(单位)社会保险补贴申报表

申报单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称  （全称） | |  | | | | | |
| 所在地 | | 永州 市（州） 道 县（市、区） | | | | | |
| 法定代表人或负责人信息 | 姓 名 |  | | 开户银行账号基本信息 | 户 名 |  | |
| 身份证号码 |  | | 开户银行 |  | |
| 联系电话 |  | | 银行基本  账 号 |  | |
| 经办人员姓名 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 吸纳人群类别 | | □就业困难人员 □离校两年内高校毕业生 □脱贫人口 | | | | | |
| 申请社会保险补贴人数  （人） | 养老保险 |  | 合计： 人 | 申请社会保险补贴金额  （元） | 养老保险 |  | 合计：  元 |
| 医疗保险 |  | 医疗保险 |  |
| 失业保险 |  | 失业保险 |  |
| 当地人力资源社会部门审核意见 | 经审核，核定符合社会保险补贴发放条件人数 人，其中养老保险 人、医疗保险 人、失业保险 人，同意拨付社会保险补贴资金人民币￥ 元，其中养老保险￥ 元、医疗保险￥ 元、失业保险￥ 元。  审核人签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | |

备注：申请项目补贴时，可将申请补贴项目所涉及的相关材料附后。