**社会保险补贴申请表（单位）**

填报单位（公章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | | 法定代表人 |  | |
| 单位地址 |  | | 联系电话 |  | |
| 开户银行 |  | | 账 号 |  | |
| 申请社会保险补贴人数 |  | 申请社会保  险补贴金额 |  | 养老保险 |  |
| 医疗保险 |  |
| 失业保险 |  |
| 就业服务机构审核意见 | 经审核，该单位本次申请符合社会保险补贴对象 人(详见名单)，建议给予养老保险补贴 元、医疗保险补贴 元、失业保险补贴 元，合计 元。  单位盖章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 人社部门  复审意见 | 经复审，该单位本次申请符合享受社会保险补贴对象 人，建议给社会保险补贴  元。  单位盖章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 申请条件 | 对各类企业（单位）招用就业困难人员，在相应的劳动合同期限内缴纳社会保险费的；以及在公益性岗位安排就业困难人员，并缴纳社会保险费的，按其为就业困难人员实际缴纳的基本养老保险费、基本医疗保险费和失业保险费给予补贴。 | | | | |
| 单位申明 | 本单位保证所申报材料真实有效，否则愿意承担由此引起的一切法律责任和后果。 | | | | |
| 备 注 | 申请单位应提供如下材料：  1、符合享受社保补贴条件的人员名单；  2、《居民身份证》复印件、《就业失业登记证》复印件、劳动合同复印件；  4、社会保险经办机构确认的企业（单位）为就业困难人员缴纳有关社会保险费的有效凭证；  6、本表格一式4份(财政、人社、就业服务机构、用人单位各一份)。 | | | | |

单位负责人（签字）： 经办人（签字）：

**企业（单位）吸纳就业困难人员社会保险补贴人员名单**

申报单位：（盖章） 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 就业失业登记证号码 | 社会保险费缴交期限 | 申请补贴金额（元） | 其中： | | |
| 养老  保险 | 医疗  保险 | 失业保险 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计 | | | | | | |  |  |  |  |

单位负责人（签字）： 经办人（签字）：

**社会保险补贴申请表（单位）**

填报单位（公章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 | XXXXX | | 法定代表人 | XX | |
| 单位地址 | XXXXXXXXXX | | 联系电话 | XXXXXXXX | |
| 开户银行 | XXXXXX | | 账 号 | XXXXX | |
| 申请社会保险补贴人数 | XX | 申请社会保  险补贴金额 | XX | 养老保险 | XX |
| 医疗保险 | XX |
| 失业保险 | XX |
| 就业服务机构审核意见 | 经审核，该单位本次申请符合社会保险补贴对象XX人(详见名单)，建议给予养老保险补贴 XX元、医疗保险补贴XX 元、失业保险补贴 XX 元，合计 XX 元。  单位盖章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 人社部门  复审意见 | 经复审，该单位本次申请符合享受社会保险补贴对象 XX 人，建议给社会保险补贴 XX 元。  单位盖章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 申请条件 | 对各类企业（单位）招用就业困难人员，在相应的劳动合同期限内缴纳社会保险费的；以及在公益性岗位安排就业困难人员，并缴纳社会保险费的，按其为就业困难人员实际缴纳的基本养老保险费、基本医疗保险费和失业保险费给予补贴。 | | | | |
| 单位申明 | 本单位保证所申报材料真实有效，否则愿意承担由此引起的一切法律责任和后果。 | | | | |
| 备 注 | 申请单位应提供如下材料：  1、符合享受社保补贴条件的人员名单；  2、《居民身份证》复印件、《就业失业登记证》复印件、劳动合同复印件；  4、社会保险经办机构确认的企业（单位）为就业困难人员缴纳有关社会保险费的有效凭证；  6、本表格一式4份(财政、人社、就业服务机构、用人单位各一份)。 | | | | |

单位负责人（签字）： 经办人（签字）：

企业（单位）吸纳就业困难人员社会保险补贴人员名单

申报单位：（盖章） 填报时间：X年X月X日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 就业失业登记证号码 | 社会保险费缴交期限 | 申请补贴金额（元） | 其中： | | |
| 养老  保险 | 医疗  保险 | 失业保险 |
| 1 | XX | X | XXXXXXXXXX | XXXXXX | XXXXXX | XX | XXXX | XX | XX | XX |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计 | | | | | | |  |  |  |  |

单位负责人（签字）： XX 经办人（签字）：XX