

附件 6:

用人单位吸纳喜德县脱贫劳动者就业社保补贴申请表

单位名称（盖章）			统一社会信用代码		联系人		联系电话	
是否人力资源机构			地址					
开户名				开户银行			开户账号	
序号	姓名	身份证	就业登记时间	劳动合同 起止日期 (年-月-日~年-月-日)	申请补贴 起止日期 (年-月~年-月)	申请补贴金额(元) (单位部分)	申请补贴金额(元) (个人部分)	
合计								
申报单位申请 补贴信息		合计：社保申请补贴 _____ 人，共 _____ 元，其中单位部分：_____ 元 ， 个人部分：_____ 元 本单位承诺： 以上内容及所提供材料真实有效。如与实际情况不一致，本单位愿意承担相应责任。 ☐ 人力资源机构承诺（请勾选）：已与用工单位就补贴资金分配达成协议。 法人代表签名：_____ 申报日期：_____						
经办单位意见		经办人：_____ 审核人：_____						