|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **用人单位招用就业困难人员社会保险补贴申领表**  附件1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： | | | | 统一社会信用代码： | | |  | | | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 就业困难人员类别 | 补贴申请期限 | | | 缴费基数(元) | | 每月实际缴纳社保费（元）  （不包括个人应缴纳部分） | | | | | | | 社会保险补贴金额月合计（元） | | 社会保险补贴金额总合计（元） |
| 起始月 | 终止月 | 月数 | 社保 | 医保 | 养老(16%) | | 工伤( %) | | 失业(0.7%) | 医疗(8%) | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 合 计（元）： | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 开户银行 | |  | | 开户账号 |  | | | | | 填表人 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 人力资源社会保障部门审核意见：    经办人：(签章) 审核人：(签章) （盖章）    年 月 日 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 备注：  1.此表一式一份，单位加盖公章。  2.申请单位需提供真实资料并据实填报信息，如与实际情况不一致，承担相应责任。  3.每月实际缴纳社保费中，医疗保险与生育保险合并计算。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |