附件：

企业（单位）享受社会保险补贴花名册

填报日期：  **年 （上半年、下半年）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章） | | | | |  | | | | | | | 地税编号 | | |  | | | |
| 单位注册地 | | | | |  | | | | | | | 企业（单位）类型 | | |  | | | |
| 单位接收社保补贴的银行帐户名称 | | | | | |  | | | | | | 帐号 | | |  | | | |
| 享受补贴人员情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 性别 | 身份证号码 | | 人员类别 | 对象认定时间 | 单位缴纳养老保险金额（元） | 单位缴纳医疗保险金额（元） | 单位缴纳失业保险金额（元） | | | 劳动合同（营业执照）起始时间 | 享受社保补贴起始时间 | | 本期申请社保补贴起止月份 | 本期申请社保补贴合计金额（元） | 备注（是否新增） |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |
| 单位负责人： 填报人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下由受理机构填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市、县（区）就业中心审核意见 | | 负责人： 分管领导： 经办人：  年 月 日 | | | | | | | 市、县（区）人社局复核意见 | | 局分管领导： 科室负责人：  年 月 日 | | | | | | | |
| 说明：企业（单位）类型：1、企业（单位）招用就业困难人员（含莆田市外户籍的持证残疾人）；2、毕业五年内高校毕业生自主创业；  3、就业困难人员自主创业；4、中小微企业招用毕业年度高校毕业生和离校两年内未就业高校毕业生。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |