莆田市高校毕业生社会保险补贴申请表

本次申报起止时间:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 出生年月 |  | | 性别 | |  | | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 户籍所在地地址 | | | |  | |
| 毕业证书  号码 |  | | | | 就业失业  登记证号 | |  | | | 是否求职  登记 |  |
| 社会保险  缴交期间 | 养老 | 年 月至 月 | | | 社会保险  缴交金额 | | 养老 | | 元 | 申请补贴 金 额 | 元 |
| 医疗 | 年 月至 月 | | | 医疗 | | 元 |
| 社会保险  发票号码 |  | | | | 银行卡（存折）帐号 | | | | |  | |
| 申请人承诺 | 本人承诺以上所填写的信息真实有效，如提供虚假材料愿承担相应责任。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县区公共  就业服务  机构审核  意见 | 单位盖章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |