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 |