附件1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 重庆市用人单位社会保险补贴申请表 | | | | |
| 单位名称 |  | | 统一社会信用代码 |  |
|
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 开户银行 |  | | 银行账号 |  |
| 申请补贴人数 | 共 人。 | | | |
| 申请补贴金额 | 合计 元 | | 1.职工养老保险补贴金额 元 | |
| 2.职工医疗保险（含大额医疗保险）及生育保险补贴金额 元 | |
| 3.失业保险补贴金额 元 | |
| 4.工伤保险补贴金额 元 | |
| 请抄录以下内容并盖章：本单位承诺，提供的信息真实有效，如有不实，愿意承担一切责任。      盖章：  年 月 日 | | | | |
| 区人力社保部门（就业部门）审核意见 | |  | | |
| 备注 | |  | | |

附件2

重庆市申请用人单位社会保险补贴人员花名册

申请单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 联系  电话 | 身份证  号码 | 人  员  类  别 | 人员  类别  证件  号码 | 补贴时段 | | 合计补贴月数 | 补贴金额（元） | | | | | 开发主体名称（劳务派遣岗位填写） |  |  |
| 起始年月 | 终止年月 | 职工养老保险 | 职工医疗保险（含大额医疗保险）和生育保险 | 失业保险 | 工伤保险 | 合计 | 开发主体联系方式（劳务派遣岗位填写） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | 共 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | 共 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | — |  |  |

填表说明：1.人员类别农村建卡贫困人员。

2.如果是劳务派遣的用工单位名称请填被派遣劳动者用工单位。