附件1

大连市困难毕业生社保补贴申请表

|  |
| --- |
| 一、申请人基本信息 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  | 学历学位 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位所在地 |  | 联系电话 |  |
| 毕业生困难类别 | □低保家庭毕业生 □防止返贫监测对象所在家庭毕业生 □烈士子女毕业生 □获得国家助学贷款的毕业生 □特困人员中的毕业生 □孤儿毕业生 □残疾毕业生  |
| 二、个人社保卡银行账户基本情况 |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 三、社会保险（养老、医疗、失业）个人缴费补贴情况 |
| 补贴月份 | 养老保险缴费金额 | 失业保险缴费金额 | 医疗保险缴费金额 | 补贴合计 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 社保基数调整一次性补缴金额（个人）  |  |
|  | 养老保险缴费金额 | 失业保险缴费金额 | 医疗保险缴费金额 | 社保基数调整一次性补缴金额（个人） | 补贴合计 |
| 季度补贴合计金额 |  |  |  |  |  |
| 已享受补贴具体情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 个人承诺 | 本人承诺以上社会保险（养老、医疗、失业）个人缴费补贴申报情况真实准确，所提供的材料真实有效。 承诺人： 年 月 日 |