附件1

单位吸纳就业困难人员享受补贴（社保、岗位）

申请认定表

申报单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 注册地址 |  | 经营地址 |  |
| 企业法人 |  | 身份证号码 |  |
| 组织机构代码 |  | 社保登记证号 |  |
| 开户行 |  | 账号 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 现有岗位数量 |  | 申请补贴人数 |  |
| 实际缴纳社会保险费（元）（养老、医疗、失业总和） |  |
| 其中： | 养老保险费 | 医疗保险费 | 失业保险费 |
|  |  |  |
| 申请社会保险补贴金额（元） |  |
| 申请岗位补贴金额（元） |  |
| 街道（乡镇）公共就业服务机构意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 区市县、先导区公共就业服务机构意见 |    （盖章） 年 月 日 |