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 | | | | | | |