附件9

招用就业困难人员社会保险补贴人员花名册

填报单位（盖章）：

填报日期： 年 月 日

1. 1）带\*号为必录项 2）所有时间的填写格式如：劳动合同起止时间为20210101-20211231（缴纳社会保险费起始时间格式为202101）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*姓名 | \*性别 | \*身份证号码 | \*招用人员类别 | \*劳动合同起止时间 | \*缴纳社会保险费起始时间 | \*联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |