附件1

湖北省灵活就业社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | |  | | 文化程度 | | | | |  | | | 电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号 |  |  |  |  | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |
| 本人银行卡号（市民卡号） |  | | | | | | | | | | 开户银行 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 户口所在地 | 市 县（区） 街道（乡镇） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 补贴起止时间 |  | | | | | | | | | | 补贴金额 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 经智慧人社系统查询：此人 年 月至 年 月，实际缴纳养老保险费 元；医疗保险费 元，合计 元。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  领  对  象  类  别 | □ 女性年满四十周岁或男性年满五十周岁的失业人员  □ 连续失业一年以上的人员 □ 失地农民 □ 残疾人  □ 享受城镇居民最低生活保障 □ 城镇零就业家庭成员  □ 农村零转移就业贫困家庭成员 □ 建档立卡贫困人员  □ 毕业1年以上未就业的高校毕业生  □ 离校2年内且未就业的高校毕业生  □ 各级社会福利机构供养的成年孤儿和社会成年孤儿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个  人  申  请  承  诺 | 我严格遵守法律法规和规章政策，已知晓领取灵活就业人员社会保险补贴的有关规定，对所提交的材料真实性完全负责，接受并配合相关机构的审计、检查、评估等；如有伪造证明材料、瞒报谎报、虚报申领等违规领取的，将退回资金，并承担相应的法律责任。  承诺人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇、街道（或社区）人力资源和社会保障服务机构初审意见：  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区公共就业服务中心审核意见：  经办人： 复核人：  单位负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |