附件1:2023年度灵活就业人员社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　姓 名 | 　　 | 　　性别 | 　　 | 　　身份证号码 | 　　 |
| 　　学历 | 　　①大专及以上□        ②中专（高中）及以下□ | 　　联系电话 |   |
| 　　申请补贴项目　　（请在项目后面的□ 打√） | 　　①养老保险补贴  □　 |
| 　　②医疗保险补贴  □ |
| 　　指定银行的银行卡卡号或账号 | 　　 |
| 　　**本人承诺：若因本人工商营业注册（注销）情况和失信情况违反社保补贴相关规定，则自动放弃社保补贴资格。**　　　　申 请 人（签 章）： |
| 　　年       月      日 |
| 　　以下内容由工作人员填写 |
|   |   |   |   |   |   | 　　编号： |
| 　　养老保险                      实际缴费金额 | 　　 | 　　缴费月数 | 　　 |
| 　　医疗保险                            实际缴费金额 | 　　 | 　　缴费月数 | 　　 |
| 　　**上述缴费金额和缴费月数，经本人核对后，确认无误。**　　　　**申请人（签章）：** |
| 　　养老保险                      补贴金额 |   | 　　医疗保险                        补贴金额 |   |
| 　　养老、医疗保险                                 应补贴金额合计 | 　　 |
| 　　经办机构　　审核意见 | 　　　　年  月  日 |
|   | 　　备注 |   |   |