　　　　附件4企业招用就业困难人员社会保险补贴申请表

　　申请单位（盖章）：                申请日期：    年     月    日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企  业       名  称 |  | | | 企  业   性  质 | | □国有    □集体 | | |
| □股份    □其他 | | |
| 法人代表 |  | | | 联系人  　　及电话 | |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 开户名 |  | | 开户银行 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | |
| 企  业       类  型 | □用人单位招用就业困难人员    □小微型企业 | | | | | | | |
| □毕业5年内高校毕业生、就业困难人员在闽自主创业 | | | | | | | |
| 企业2021年度为符合条件人员缴纳社会保险费情况 | | | | | | | | |
| 基本养老     保险费（单位缴纳部分） | 元 | 基本医疗    保险费（单位缴纳部分） | 元 | 失业保险费（单位缴纳部分） | 元 | | 合计 | 元 |
| 人社局审核意见 | 符合社会保险补贴政策规定条件，准予补贴：        元    　　经办：           复核：           审批：            年  月  日 | | | | | | | |
| 财政局审核意见 | 年   月   日 | | | | | | | |

　　单位联系人：                        联系电话：

　　附件5

　　企业招用就业困难人员（应届高校毕业生）缴纳社会保险花名册

　　申请单位（盖章）：                                       单位：元                       日期：      年      月    日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **对象类型（就业困难人员/应届高校毕业生）** | **基本养老保险费（单位缴纳部分）** | **基本医疗保险费（单位缴纳部分）** | **失业保险费（单位缴纳部分）** | **合计** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |