|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **济宁市公益性岗位社保补贴和岗位补贴申领表** | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： | | |  | | 统一社会信用代码： | | |  | | 年 月 日 | |  |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 人员类别 | 补贴享受期限 | | 本次申请期限 | | 社保基数 | 社保补贴 金额（元） | 岗位补贴 金额（元） | 补贴总金额（元） | |
| 1 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 合 计 | | | | | | | | |  |  |  | |
| 开户银行 | |  | 开户账号 |  | | | 填表人 |  | 联系电话 |  | | |
| 公共就业和人才服务机构审核意见：    经办人： 审核人： 审核单位：（盖章）  年 月 日 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

备注：  
1.此表一式两份，单位加盖公章。  
2.申请单位需提供真实资料并据实填报信息，公益性岗位人员必须符合申请条件。如与实际情况不一致，承担相应责任。