## 小微企业社保补贴人员花名册

|  |
| --- |
| 申请单位名称（盖章）： 统一社会信用代码： 申请日期： 联系人： 联系电话： |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 手机号码 | 毕业生 类别 | 毕业时间 | 就业失业登记证号 | 签订劳动合同期限（年月日-年月日） | 申请补贴期限 | 申请期限内社保缴纳情况（单位部分） | 申请补贴金额（元） |
| 养老保险（元） | 失业保险（元） | 工伤保险（元） | 生育保险（元） | 医疗保险（元） |
| 1 |  |  |  |  | 高校毕业生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 高级工班 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 预备技师班 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |  |