业务表单1

公益性岗位用人单位社会保险补贴申请表

填报单位（公章）： 填报时间： 年 月 日 单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 法定代表人 |  | |
| 单位地址 |  | | 联系电话 |  | |
| 开户银行 |  | | 账号 |  | |
| 申请社会保险补贴人数 |  | 申请社会保险补贴金额 |  | 养老保险 |  |
| 医疗保险 |  |
| 失业保险 |  |
| 工伤保险 |  |
| 申请理由及信用承诺 | 根据《河南省财政厅 河南省人力资源和社会保障厅关于印发〈河南省就业补助资金管理办法〉的通知》（豫财社【2024】194号）第十一条规定，特申请 年 月份公益性岗位社会保险补贴。大写： 小写：￥ 元。  负责人： 经办人： （申请单位公章）  年 月 日 | | | | |
| 就业服务机构审核意见 | 经审核，该单位本次申请符合社会保险补贴对象 人（详见名单），建议给予养老保险补贴 元、医疗保险补贴 元、失业保险补贴 元，工伤保险 元，合计 元。  单位盖章：  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 人社部门复审意见 | 经复审，该单位本次申请符合享受社会保险补贴对象 人，决定给予社会保险补贴 元。  单位盖章：  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 申请条件 | 对通过公益性岗位安置就业困难人员并缴纳社会保险费的单位，按其应为就业困难人员缴纳的社会保险费，给予社会保险补贴。 | | | | |

备注：本表应附享受社保补贴人员名单。

业务表单2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年 月份公益性岗位社会保险补贴明细表** | | | | | | | | | | |
| 填报单位： |  |  |  |  |  |  |  |  | 单位： 元 | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 养老保险 | | | 失业保险 | | | 合计 | 备注 |
| 缴纳标准（元/月） | 月数 | 金额 | 缴纳标准（元/月） | 月数 | 金额 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总合计： | | | | | | | | | | |

业务表单3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **年 月份公益性岗位社会保险补贴明细** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **填报单位：** |  |  |  | **单位：元** |
| **项目资金名称** | **开户名** | **账 号** | **开户行** | **金 额** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **年 月 日** |