福建省扩大社保补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | | |  | | | 统一社会信用代码 | |  | |
| 企业法人 | | |  | | | 企业注册地 | |  | |
| 联系人 | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 吸纳重点群体花名册 | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | | 重点群体类型 | | | 个人银行卡号（如社会保障卡已激活金融功能的请优先填写社会保障卡） | | 开户行 |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
| 申请企业承诺 | | | 本单位承诺：  1.已与上述重点群体签订1年以上劳动合同并按规定为其缴纳基本养老保险费、基本医疗保险费、失业保险费。  2.以上填写的企业及重点群体基本信息完全属实，如有虚假，相关法律责任均由本人自行承担  3.该项补贴由企业代重点群体申领，补贴直接发放至重点群体个人账户。  企业盖章： 年 月 日 | | | | | | |
| 经办意见  年 月 日 | | | | | 审核意见  年 月 日 | | | | |

备注:请企业附上营业执照复印件一份，