

2022年1-12月份淄川区用人单位招用就业困难人员社保补贴申领表

单位名称（盖章）：xxxx有限公司

统一社会信用代码：xxxxxxxx

序号	姓名	身份证号码	劳动合同期限	工作岗位	困难人员类别	补贴月数合计	社保基数	工伤保险缴费比例	社保补贴金额（元）	是否是本次新增	备注
1	例一	3703021977020xxxxx	2021.07.01-2024.06.30	前台	大龄失业人员（4050）	12	3980	0.40%	11987.76	否	
2	例二	3703021975020xxxxx	2022.05.01-2023.04.30	会计	大龄失业人员（4050）	8	3980	0.40%	7991.84	是	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
合计（元）小写：			19979.60			合计（元）大写：壹万玖仟玖佰柒拾玖元陆角整					
开户银行	xxxxxxxx	开户账号	xxxxxxxx				填表人	xxx	联系电话	xxxxxxxx	
单位地址	xxxxxxxx					法人	xxx	联系电话	xxxxxxxx		
公共就业和人才服务机构审核意见：											
经办人：			复核人：			审核人：			审核机构（盖章）		
年 月 日			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，如与实际情况不一致，承担相应责任。