|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  **小微企业吸纳特定群体社会保险补贴申报表** | | | | | | |
| 填表日期： 单位：人、万元 | | | | | | |
| 企业名称 |  | | | | | |
| 企业详细地址 |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 法人身份证号码 | |  | |
| 企业联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 户名 |  | | | | | |
| 开户行（支行） |  | | | | | |
| 账户 |  | | | | | |
| 新签订6个月以上劳动合同，并按规定缴纳社会保险费参保人员总计\_\_\_\_\_\_人，其中毕业2年内高校毕业生\_\_\_\_\_人，自主就业军人\_\_\_\_\_\_人，建档立卡贫困劳动者\_\_\_\_\_\_人。 | | | | | | |
| 申请补贴资金 |  | 审核补贴资金 | | | |  |
| 申请企业承诺 | 企业遵循诚实信用的原则，提交的所有材料是真实的，复印件与原件一致；若本企业骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 法人代表签字： | | | | | |
| 单 位 公 章： | | | | | |
| 县人社部门审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | 县财政部门审核意见：  （盖章）    年 月 日 | | |

备注：此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

附件2

**小微企业吸纳特定群体社会保险补贴明细表**

填报单位（公章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 就业失业登记（就业创业证）编号 | 社保职工编码 | 姓 名 | 缴费属期  （XXXX.XX-XXXX.XX） | 缴费基数 | 单位缴费 | | 社保经办机构审核 | | | | | 补贴金额合计 |
| 应缴金额 | 实缴金额 | 养老保险 | 医疗保险 | 失业保险 | 工伤保险 | 生育保险 |
|
|  |  |  | 李某 | 例：2020.01-2020.03 | 例：200 | 60 | 60 | 30 | 10 | 10 | 10 | 0 | 180 |
|  |  |  | 李某 | 2020.04 | 例：300 | 80 | 80 | 20 | 20 | 20 | 20 | 0 | 80 |
|  |  |  | 李某 | 2020.05-2020.12 | 例：350 | …… |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 张某 | …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计 | | |  | | | | | | | | | |  |
| 县人社部门审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

备注：①同一缴费基数连续月份写在一行；如表中事例，依次填写。②医疗保险金额不包含大病救助15元，仅指单项医疗保险。

③本表一式两份，县人社部门、财政部门各一份。

附件3

**小微企业吸纳特定群体花名册**

申报企业名称：

企业社保管理码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 人员类别 | 联系电话（手机） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

备注：①人员类别为补贴标准三类人员类别，即毕业2年内的高校毕业生，自主就业军人、建档立卡贫困劳动者。②本表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

填报人： 联系电话： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4  **小微企业新增就业补贴资金申请表**  填表日期： 单位：人、万元 | | | | | | |
| 企业名称 |  | | | | | |
| 企业详细地址 |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 法人身份证号码 | |  | |
| 企业联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 户名 |  | | | | | |
| 开户行（支行） |  | | | | | |
| 账户 |  | | | | | |
| 新签订12个月以上劳动合同并参保人员，总计\_\_\_\_\_\_人，其中因疫情无法返回湖北就业人员\_\_\_\_\_人，登记失业6个月以上人员\_\_\_\_\_\_人。 | | | | | | |
| 申请补贴资金 |  | 审核补贴资金 | | | |  |
| 申请企业承诺 | 企业遵循诚实信用的原则，提交的所有材料是真实的，复印件与原件一致；若本企业骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。  法人代表签字：  单 位 公 章： | | | | | |
| 县人社部门审核意见：  （盖章）    年 月 日 | | | | 县财政部门审核意见：  （盖章）    年 月 日 | | |

备注：此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

附件5

**小微企业新增就业人员花名册**

申报企业名称：

企业社保管理码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 社保职工编码 | 身份证号码 | 人员类别 | 联系电话  （手机） | 补贴标准（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 总计 |  | | | | |  |

备注：①人员类别为补贴标准三类人员类别。②此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

填报人： 联系电话： 填报时间：

附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一次性稳定就业补贴申请表**  填表日期： 单位：人、万元   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 企业名称 |  | | | | | | 企业性质 | 制造业□ 战略新兴产业□ 商贸流通 □ 交通运输□ | | | | | | 统一社会信用代码 |  | | | | | | 法定代表人 |  | | 法人身份证号码 |  | | | 企业联系人 |  | | 联系电话 |  | | | 户名 |  | | | | | | 开户行 |  | | | | | | 账户 |  | | | | | | 企业2020年1—4月裁员率\_\_\_\_\_ ；2020年前4个月平均参保人数\_\_\_\_\_\_人。 | | | | | | | 申请补贴资金 |  | 审核补贴资金 | | |  | | 申请企业承诺 | 企业遵循诚实信用的原则，提交的所有材料是真实的，复印件与原件一致；若本企业骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。  法人代表签字：  单 位 公 章： | | | | | | 县人社部门意见：        （盖章）  年 月 日 | | | | | |   备注：此表一式九份，各单位会审。  附件7  **用工余缺调剂（共享员工）补助资金**  **申请表** | | | | | | |
| 填表日期： 单位：人、万元 | | | | | | |
| 员工输出企业名称 |  | | | | | |
| 员工输入企业名称 |  | | | | | |
| 输出企业统一社会信用代码 |  | | | | | |
| 输出企业联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 输出企业户名 |  | | | | | |
| 输出企业开户行 |  | | | | | |
| 输出企业账户 |  | | | | | |
| 疫情防控期间，累计为企业输送用工\_\_\_\_\_\_人（1个月以上的工作时间） | | | | | | |
| 申请补贴资金 |  | 审核补贴资金 | | | |  |
| 申请机构承诺 | 机构遵循诚实信用的原则，提交的所有材料是真实的，复印件与原件一致；若本企业骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。  法人代表签字：  单 位 公 章： | | | | | |
| 县人社部门审核意见：    （盖章）    年 月 日 | | | | 县财政部门审核意见：  （盖章）    年 月 日 | | |

备注：此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

附件8

**用工余缺调剂（共享员工）人员花名册**

输出企业名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 工作起止时间 | 联系电话（手机） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报时间：

备注：此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件9  **疫情防控期间职业介绍补贴资金申请表** | | | |
| 填表日期： 单位：人、万元 | | | |
| 人力资源机构名称（盖章） |  | | |
| 地址 |  | | |
| 服务机构联系人 |  | 联系电话 |  |
| 职业介绍成功人数（人） |  | 补贴金额（元） |  |
| 户名 |  | | |
| 开户行（支行） |  | | |
| 账户 |  | | |
| 申请机构承诺 | 机构遵循诚实信用的原则，提交的所有材料是真实的，复印件与原件一致；若本企业骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。  法人代表（签章） | | |
| 县人社部门审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | | |
| 县财政部门审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | | |

备注：此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

附件10

**疫情防控期间职业介绍服务人员花名册**

申报机构名称：

服务企业名称及社保管理码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 推荐就业单位 | 劳动合同起止时间 | 社保职工编码 | 联系电话（手机） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报时间：

备注：此表一式两份，人社部门、财政部门各一份。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件11  **农民工创业一次性补贴申请表** | | | | |
| 填表日期： 单位：人、万元 | | | | |
| 企业名称 |  | | | |
| 企业详细地址 |  | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | |
| 成立时间 |  | 是否首次注册 | | 是□ 否□ |
| 行业类型 | □农林牧渔业 □工业 □建筑业 □批发业 □零售业 □交通运输业□仓储业 □邮政业 □住宿业 □餐饮业 □信息传输业  □软件和信息技术服务业□房地产开发经营 □物业管理  □租赁和商务服务业 □其他未列明行业 | | | |
| 经营项目（范围） |  | | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | |  |
| 法人身份证号码 |  | | | |
| 企业社保编码 |  | 从业人员数 | |  |
| 上年度营业收入 |  | 近期资产总额 | |  |
| 户 名 |  | | | |
| 开户行（支行） |  | | | |
| 账 号 |  | | | |
| 申请企业承诺 | 所填信息和提交材料真实有效，如有虚假，愿意承担一切后果。   法人代表签字：  单 位 公 章： | | | |
| 县人社部门审核意见：      （盖章）  年 月 日 | | | 县财政部门审核意见：    （盖章）  年 月 日 | |
| 备注：此表一式两份，县人社部门、财政部门各一份。 | | | | |
|

附件12

**农民工创业吸纳就业人员花名册**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（盖章）： | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 社保职工编码 | 劳动合同起止时间  （年 月 日- 年 月 日） | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

备注：此表一式两份，县人社部门、财政部门各一份。