附件2：

湖北省企业招用就业人员社会保险补贴申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法定代表人  或负责人 | 姓名 |  | 经办人员 | 姓名 |  |
| 电话 |  | 电话 |  |
| 单位地址 |  | | | 统一社会 信用代码 |  |
| 开户银行 |  | | | 银行账号 |  |
| 补贴项目 | 申报人数 |  | 补贴时间 |  | |
| 补贴金额 | 基本养老保险 | |  | |
| 基本医疗保险 | |  | |
| 失业保险 | |  | |
| 合计 | 小写 |  | |
| 大写 |  | |
| 单位申请承诺 | 我 (单位) 严格遵守法律法规和规章政策，已知晓领取企业招用人员社会保 险补贴的有关规定，对所提交的材料真实性完全负责，接受并配合相关机构的审计、检查、评估等；如有伪造证明材料、瞒报谎报、虚报申领等违规领取的，将退回资金，并承担相应的法律责任。  申请单位签章： 年 月 日 | | | | |
| 人力资源社会  保障部门审核  意见 | 经办人：  单位负责人：  单位盖章： 年 月 日 | | | | |