用人单位吸纳高校毕业生社保补贴申请认定表

申报单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 法人姓名 |  | 单位地址 |  |
| 开户银行 |  | 账 号 |  |
| 开户名称 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请补贴人数 （人） |  |
| 申请补贴金额 （元） |  |
| 其中： | 养老保险费 | 医疗保险费 | 失业保险费 | 工伤保险费 |
|  |  |  |  |
| 初审意见（如需要） | 经办人：负责人： 单位公章 年 月 日 |
| 认定意见 | 经办人：负责人： 单位公章 年 月 日 |

备注：本表一式两（三）份，由申请单位、就业服务机构各执一份