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