附件3

公益性岗位社保补贴和岗位补贴申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（盖章）： | | | | 填报日期： 年 月 日 | | |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 公益性岗位人数 | 人 | | 享受补贴期限 | | | 年 月 至 年 月 |
| 申报社保补贴金额 | 元 | | 职工养老保险 | | | 元 |
| 职工医疗、生育保险 | | | 元 |
| 失业保险 | | | 元 |
| 工伤保险 | | | 元 |
| 申报岗位补贴金额 | 元 | | 申报个人岗位补贴金额 | | | 元 |
| 申报单位岗位补贴金额 | | | 元 |
| 申报补贴合计金额 | | | 元 | | | |
| 单位开户银行 | |  | 银行帐号 | |  | |
| 联系人 | |  | 联系电话 | |  | |
| 申请单位承诺 | | 本单位与公益性岗位人员签订的劳动合同均在有效期内，已按规定为就业困难人员支付劳动报酬、缴纳社会保险费；若本单位骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。 | | | | |
| 公共就业人才  服务机构意见 | | 经审核，该单位公益性岗位现有就业困难人员 人，享受社会保险补贴 元，享受岗位补贴 元(其中:个人岗位补贴 元、单位岗位补贴 元)，以上两项补贴 元。 | | | | |
|  | |  | | | | |
| 县人力资源和社会保障行政部门意见 | | （盖章）   年 月 日 | | | | |