|  |
| --- |
| 附件1用人单位社会保险补贴申请表  |
| 申请单位 | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 开户银行 | 　 | 银行账号 | 　 |
| 单位地址 | 　 |
| 申请补贴类别 | 人数 | 补贴期限 | 金额（元） |
| 社会保险补贴 | 　 | 　 | 　 |
| 绍兴市就业管理服务局意见 |   年 月 日 |
| 绍兴市人力资源和社会保障局意见 |   年 月 日  |
| 市财政局意见 |  年 月 日  |

附件2：

|  |
| --- |
| 用人单位社会保险补贴人员明细表 |
| 单位名称（盖章）： |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 人员类别 | 补贴期限 | 补贴金额 | 总金额 |
| 养老 | 医疗 | 失业 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **合计** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

附件3：

绍兴市灵活就业登记表

 登记日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 户口性质 |  □非农 □农业 |
| 固定电话 | 　 | 手 机 | 　 |
| 户籍地址 | 　 |
| 现在住址 | 　 |
| 人员类别 | □4050□3545□城镇零就业□城镇低保□城镇低保边缘户 | 就业失业登记证号 | 　 |
| □农村低保 | 就业援助证号 | 　 |
| □农村低保边缘户 |
| □农村复员转业军人 | 复员转业证明号 | 　 |
| □农村4555 | 就业失业登记证号 | 　 |
| 灵活就业情况 | 何时何地（单位）从事何种活动 | 　 |
| 收入或经营状况 | 　 |
| 其他情况说明 | 　 |
| 户籍变更登记日期 | 　 | 本人签字 | 　 |
| 社保补贴初次申请日期 |  年 月 |
|  本人承诺，已清楚了解社保补贴的申请条件和程序，以上所填内容均真实有效，并愿意承担相应的法律后果。  本人签字：  |
| 社区（村）劳动保障平台意见： | 镇（街）劳动保障平台意见： |
| 备注：1、正在享受失业保险金待遇期间的人员，申报灵活就业后，中止享受失业保险金待遇，结束灵活就业后，再享受剩余部分的失业保险金；2、农村4555人员如户籍变动，需要及时进行户籍变更登记，社保补贴标准从户籍变更当月起调整；3、本表一式四份（本人、社区、镇街、就业局各一份，次月10日前由镇街汇总到就业局）。 |

附件4：

|  |
| --- |
| 绍兴市灵活就业社保补贴申请登记表 |
| 申请人基本情况 | 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 登记日期 | 　 |
| 身份证号码 | 　 |
| 户籍地址 | 　 |
| 现在住址 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 补贴发放银行 | 　 | 银行账号 | 　 |
| 社保补贴申请情况 | 项目 | 起止期限 | 金额 |
| 就业困难人员 | 养老保险补贴 |  年 月- 年 月 | 　 |
| 医疗保险补贴 |  年 月- 年 月 | 　 |
| 农村“4555”人员 | 社保补贴 |  年 月- 年 月 | 　 |
|  本人承诺，已经了解社保补贴的申请条件和程序，以上所填内容均真实有效，并愿意承担相应的法律后果。 申请人：  |
| 社区（村）劳动保障平台意见： 经办人： | 镇（街）劳动保障平台意见： 经办人： |

附件5：

|  |
| --- |
| 街道（镇）灵活就业社保补贴人员汇总表  |
| **平台盖章：** |  |  |  |  |
| **平台名称** | **人数** | **金额** |
| **就业困难人员** | **农村“4555”** | **合计** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **合计** |  |  |  |  |
| **备注：此表一式二份，由街道劳动保障所与社区核实后上报。****填报人签名：** |
|
|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件6：

|  |
| --- |
|  街道（镇）20 年 月灵活就业社保补贴人员明细表 |
| **盖章：** |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **人员类别** | **实际补贴月数** | **补贴起止日期** | **补贴金额** | **所辖社区** | **银行账号** | **备注** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |